Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $2^1/_2$—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 20. 19. Mai 1896. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 43. Jahrgang.

Originalien.

Aus der med. Universitäts-Klinik zu Greifswald. (Director: Geh.-Rath Prof. Dr. Mosler.)

Ein Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen.

Von Dr. *Börger*, Assistenzarzt der Klinik.

Seitdem das Bromoform durch Stepp[1]) im Jahre 1889 in den Schatz der inneren Therapie eingeführt worden ist, ist auch die Toxikologie durch eine neue Species von Vergiftungen bereichert worden.

Das Bromoform ist im Jahre 1832 entdeckt, alsdann zuerst von Nunnely (1858), später von Schuchardt, Rabuteau und Richardson als örtliches und allgemeines Anästheticum empfohlen worden. Rabuteau[2]) (1876) kommt auf Grund seiner an Thieren angestellten Narkosen zu dem Resumé: il semble, que cet agent doit être égal ou même supérieur au chloroforme.

Horroch hat ebenfalls mit demselben ausgedehnte Versuche gemacht und an drei Menschen die Bromoformnarkose eingeleitet. Die Narkose verlief ruhig, das Excitationsstadium viel milder als bei der Chloroformnarkose; nach dem Erwachen traten bei den Narkotisirten keine unangenehmen Nebenerscheinungen, insbesondere kein Erbrechen auf. Bei einem dritten Falle musste nach etwa 20 Minuten wegen einer hochgradigen, beängstigenden Cyanose die Narkose ausgesetzt werden.

Albert, an dessen Klinik Horroch[3]) die Versuche anstellte, bestätigt die günstigen Angaben und stimmt Letzterem besonders darin bei, dass die deletäre Einwirkung auf die Circulationsorgane beim Bromoform entschieden geringer sei als bei dem Chloroform; desgleichen sei das Excitationsstadium milder und die Wirkung auf den Magen günstiger.

Bonome und Mazza[4]) stellen über das Bromoform eine Reihe von Thesen auf, von denen die wichtigsten hier angeführt sein mögen: 1. Bromoform ist ein allgemeines Anästheticum. Inhalirt hat es bei Hunden und Kaninchen wie bei Menschen fast immer Anästhesie und Muskelerschlaffung erzeugt. 5 Versuche am Menschen gaben 3 mal gute Narkose, selbst auf die Dauer einer Stunde. Zweimal erzeugte ein mangelhaftes Präparat keine Narkose, dagegen Reizung der Conjunctiva, Thränenfluss und Brennen in den Augen, vielleicht durch Brom verursacht. Die narkotische Wirkung ist etwas langsamer eintretend als bei Chloroform und Aether; Erfolg ist derselbe. 2. Kein Aufregungsstadium wie bei Chloroform, daher bei Epilepsie und Alkoholikern zu empfehlen. 3. Bromoform stört nicht die Athmungsfunction; Blutdruck sinkt etwas, je nach Verlängerung der Narkose; Puls ist kräftig. 4. Bei Hunden während der Narkose starke Mydriasis, beim Menschen geringe Pupillarveränderungen; nach der Narkose besteht keine Uebelkeit und kein Erbrechen. 5. Zur Ausführung einer Narkose bedarf man einer geringeren Menge Bromoform als Chloroform. 6. Auch durch den Mund genommen wirkt es als Hypnoticum und Anästheticum. 7. Subcutan gegeben wirkt es letal bei 0,15 g pro 100 g Körpergewicht. — Trotz dieser Empfehlungen konnte sich das Bromoform niemals bei den Chirurgen einbürgern, geschweige denn eine ebenbürtige Stellung neben dem Aether und dem Chloroform erwerben. Es kann uns desshalb nicht Wunder nehmen, dass über die Vergiftungserscheinungen des Bromoforms ausser durch einige Thierversuche so gut wie nichts bekannt war.

Erst durch die überaus günstige Verwendung des Bromoforms als Mittels gegen den Keuchhusten, wie es zuerst von Stepp[5]) geschah, dem sich bald Löwenthal[6]), Neumann[7]), Schippers[8]) u. A. anschlossen, gelangte das Medicament in die Hände des grossen Publicums, und seit jener Zeit datiren auch die Mittheilungen über die Bromoformintoxicationen. Im Folgenden führe ich die von mir in der Literatur aufgefundenen diesbezüglichen Publicationen der Reihe nach an.

1. Löwenthal[9]) sah unter 100 an Keuchhusten behandelten Kindern, von denen einzelne nach jedesmaligem Einnehmen Müdigkeit und Schläfrigkeit zeigten, einen typischen Vergiftungsfall.

Es handelte sich um ein $1^1/_4$ jähr. Kind weiblichen Geschlechts. Dasselbe hatte innerhalb 3 Tagen 5 g verbraucht und zum letzten Male etwa 2 g auf einmal verschluckt.

Das Kind schläft fest, Gesichtsfarbe ist blass, Athmung nicht sichtbar, nicht hörbar, der Puls kaum fühlbar, starre stecknadelkopfgenge Pupillen, die sich bei Beschattung nicht erweitern; die Cornea ist bei Berührung vollständig reactionslos. Die Extremitäten hängen schlaff herab, fallen beim Emporheben sofort kraftlos zurück; der Kopf muss gestützt werden. Geruch aus dem Munde nicht wahrnehmbar. Beim Auscultiren der Lungen vorne sind lange, tiefe Inspirationen zu hören, kaum eine Expiration, die Herztöne sind fast unhörbar. Nach zwei halben Spritzen Aether erwacht das Kind; die Pupillen werden weit, es trinkt. Bei genauer Untersuchung des ganzen Thorax findet sich im rechten Unterlappen eine beginnende Pneumonie, die aber bei zweckentsprechender Behandlung nach 5 Tagen vorüber ist.

2. Eine weitere Beobachtung machte Sachs[10]). Ein 4 Jahre altes, an Keuchhusten leidendes Kind, trank ca. $1^1/_2$ g Bromoform aus. Kurz darauf befand es sich noch ganz wohl und verlangte sogar zu essen. Plötzlich bemerkte die Mutter, wie das Gesicht des Kindes erblasste und dieses taumelte, worauf sie es in's Bett brachte. Als Sachs gerufen wurde, fand er das Kind wie leblos daliegend, das Gesicht war leichenblass, die Pupillen ad maximum erweitert und starr, die Lippen cyanotisch, der Puls nicht zu fühlen, die Extremitäten kühl. Durch Aetherinjectionen, lauwarmes Bad und kalte Uebergiessungen besserte sich der Zustand sehr bald. Am nächsten Tage war das Kind wieder hergestellt.

[1]) Stepp, Bromoform, ein Mittel gegen Keuchhusten (Münch. med. Wochenschr. 1889 No. 46; Deutsche med. Wochenschr. 1889 No. 31 u. No. 44).

[2]) Rabuteau, Comptes rendus ect. de la société de Biologie 1876 p. 10 ff.

[3]) Horroch, Ueber Bromoformnarkose. Wiener med. Blätter 1884 p. 76.

[4]) Bonome und Mazza, Ueber die physiolog. Wirkung des Bromoform, Bromäthyl und Bromäthylen. Centralbl. f. Chir. 1884 p. 593.

[5]) Stepp a. a. O.

[6]) Löwenthal, Berlin. klin. Wochenschr. 1890 p. 508.

[7]) Neumann, Therap. Monatshefte 1890 p. 321.

[8]) Schippers, ref. i. Therap. Monatsh. 1891 p. 545.

[9]) Löwenthal, Kurze Mittheilungen über die Wirkung des Bromoforms bei Keuchhusten. Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 23.

[10]) Dr. E. Sachs, Ein Fall von Bromoformvergiftung. Therap. Monatsh. 1890, p. 641.

3. Nauwelaers[11]) berichtet über einen tödtlich verlaufenden Fall, wo Bromoform, in Alkohol gelöst, genommen wurde.

Bei dem Kinde zeigten sich tiefer Stupor, Blässe des Gesichts, Kälte, vollständige Muskelerschlaffung, tracheales Rasseln, Schwäche der Athmung und der Circulation, Contraction und Unbeweglichkeit der Pupille und Insensibilität der Cornea. Es trat darauf der Tod ein. Bei der Section[12]) fand sich ausser Gehirncongestion, Injection der Magen- und Duodenalschleimhaut und Ansammlung von wässrigem Schleim in den Bronchien keine andere auffallende Erscheinung.

4. Pannwitz[13]) beschreibt eine diesbezügliche Beobachtung. Ein $4^1/_2$jähriger Knabe, der wie Pannwitz berechnet, höchstens 20—30 Tropfen Bromoform, das er wegen Keuchhustens bekam, auf einmal getrunken hatte, fing an zu taumeln, fiel um und sank, nachdem er sich noch eine Weile wie ein Trunkener geberdet hatte, in einen tiefen Schlaf. Tiefer Collaps, die Haut blass, Lippen und Ohren cyanotisch; Extremitäten kühl; Athmung kaum wahrnehmbar, aussetzend; Radialpuls nicht vorhanden; Herzschlag beim Auscultiren schwach hörbar, unregelmässig, schnell; Musculatur am ganzen Körper völlig erschlafft; Sensibilität vollkommen erloschen; Cornealreflexe nicht vorhanden; Pupillen beiderseits gleich, weit, wenn auch nicht auffallend, starr; aus dem Munde Bromoformgeruch.

Erst nach länger fortgesetzter künstlicher Athmung gelang es, die Respiration wieder herzustellen. Als bemerkenswerth findet es Pannwitz, dass das Kind, nachdem es zwei Stunden in tiefster Narkose gelegen, plötzlich erwachte und sich sofort wohlbefand, was bei anderen Narkosen wohl kaum stattfand

5. und 6. Zwei Krankengeschichten von Bromoformvergiftung giebt Nolden[14]).

a) Ein $2^1/_2$jähriger, an Keuchhusten leidender Knabe trank 4 g Bromoform auf einmal aus; unmittelbar hierauf gerieth er ins Schwanken, um dann sofort bewusstlos hinzustürzen.

Etwa $1^1/_2$ Stunden nach dem Unfall war folgender Status präsens: Das Kind ist völlig bewusstlos; Schmerzempfindung aufgehoben. Kopf hängt schlaff herab, Extremitäten schlaff; Masseteren stark contrahirt. Gesicht cyanotisch, Bulbi unbeweglich, in Convergenzstellung, Pupillen in starrer Myosis. Cornealreflex aufgehoben. Athem des Kindes hat den exquisiten Bromoformgeruch. Respiration oberflächlich und frequent, Trachelrasseln; Puls klein, frequent, zuweilen aussetzend. Behandlung: Excitantien subcutan; Zufuhr von Luft nach Entfernung der schleimigen Massen aus Mundhöhle und Rachen.

Nach etwa 12 Stunden ist Patient wieder bei Bewusstsein, subjectives und objectives Befinden gut. Im Urin Blut nachweisbar. Nach 24 Stunden Urin normal, indessen Bromreaction noch vorhanden. Aus dem Munde noch deutlicher Bromoformgeruch.

b. 3jähriges Mädchen nach einmaligem Einnehmen im unbewachten Augenblick von circa 6 g Bromoform. Völlige Bewusstlosigkeit, höchster Grad von Cyanose, totale Asphyxie; Erschlaffung der Extremitäten. Puls- und Respirationslosigkeit; die Pupillen aufs engste contrahirt, Zahnreihen fest aufeinandergepresst. Aus dem Munde starker Bromoformgeruch. Trotz künstlicher Respiration verschlimmert sich in der nächsten halben Stunde der Zustand, Trachealrasseln, alle Anzeichen des Lungenödems.

Bad mit kalten Uebergiessungen, subcutane Aetherinjectionen und fortgesetzte künstliche Athmungsversuche bringen nach einigen Stunden das Bewusstsein wieder. Völlige Euphorie.

7. Platt[15]) berichtet einen Fall von Bromoformvergiftung.

Ein 3 Monate altes Brustkind hatte wegen Pertussis 2 Wochen lang 3 mal täglich je 2 Tropfen Bromoform auf 10 g Wasser genommen. Eine halbe Stunde nach Verabreichung der letzten Dosis war das Kind bewusstlos geworden; Athmung oberflächlich, nicht beschleunigt; Pupillen punktförmig contrahirt, kein Strabismus; Muskelerschlaffung, kein Zähneknirschen, Haut kühl und blass, keine Cyanose, sehr unvollkommenes Schlucken, Ausathmungsluft riecht nach Bromoform. Magenspülung, Darreichung von Spir. ammon. aromat. und Hautreize lassen nach $1^1/_2$ stündigen Bemühungen das Bewusstsein wieder ganz zurückkehren. Keine Nachkrankheiten. Menge des Bromoforms nicht festzustellen; vielleicht cumulative Wirkung oder Bromoform hatte sich in der Mixtur durch Unterlassen des Umschüttelns ausgeschieden und war dem Kinde zuletzt in sehr grosser Dosis gereicht worden.

8. C. W. Dean[16]) führt einen Fall von Bromoformvergiftung an.

Ein 4 jähriges, an Keuchhusten leidendes Mädchen, hatte etwa 15—20 Tropfen Bromoform auf einmal zu sich genommen. Das Kind war, als Dean dazu gerufen wurde, cyanotisch, bewusstlos, mit stecknadelkopfkleinen Pupillen und röchelnder Athmung.

[11]) Nauwelaers, Revue mens. des maladies de l'enfance 1891, citirt nach L. Lewin, Nebenwirkungen der Arzneimittel. 2. Aufl. 1893, p. 103.

[12]) Citirt nach O. Fiertz, Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. Inaug.-Dissertat. Zürich 1894, p. 91 ff.

[13]) Dr. Pannwitz, Ein Fall von Bromoformvergiftung. Therap. Monatsh. 1891, p. 59.

[14]) Nolden, Zwei Fälle von Bromoformvergiftung etc. Therap. Monatshefte 1892, p. 263.

[15]) Platt, The Times a. Reg. 18. Juni 1892 ref. nach Deutsch. Med. Zeitung 1893 p. 254.

[16]) C. W. Dean, a case of poisoning by bromoform. The Lancet 1893 vol. I, p. 1062.

Angewandt wird Magenpumpe und ein heisses Senfbad. Das Spülwasser des Magens roch nach Bromoform. Durch fernere Anwendung von Apomorphin, subcutan applicirt, und durch elektrische Hautreizung wird das Kind vollständig wiederhergestellt.

9. und 10. Fiertz[17]) hat in seiner eingehenden Arbeit «Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform» 2 Fälle leichterer Art zur Beobachtung bekommen.

2 Geschwister, Mädchen im Alter von 2 resp. 4 Jahren hatten innerhalb 24 Stunden durch Unvorsichtigkeit der Mutter zusammen 10 g Bromoform erhalten. Symptome nicht besonders bedrohlich. Mittelweite Pupillen, Sensorium frei, schläfrig, Zuckungen in den Fingern, etwas unregelmässige Athmung. Sensibilität gut. Reflexe nicht gesteigert. Temperatur normal. Puls beschleunigt. Geruch nach Bromoform aus dem Munde. Therapeutisch werden nur nasskalte Einschlagungen gemacht. Im Urin am nächsten Morgen nichts nachzuweisen. Vollständige Wiederherstellung.

11. Schlieper[18]) liefert durch Mittheilung eines Falles einen Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen.

Ein $5^1/_2$jähriger, an Keuchhusten kranker Knabe, der höchstens 20 Tropfen Bromoform auf einmal getrunken hatte, stürzte, nachdem er zunächst noch auf die Strasse gelaufen war, um zu spielen, plötzlich wie todt zusammen. Lippen cyanotisch; Respiration beschleunigt, krampfhaft, sogenanntes «Flankenschlagen». An den Kleidern befanden sich Reste von erbrochenen Speisen. Ueber der Lunge Pfeifen und Giemen. Aus dem Munde Geruch nach Bromoform. Die Pupillen ad maximum erweitert, Cornealreflex fehlte, Puls sehr beschleunigt. Allmählich wurde die Athmung ruhiger, der Puls zählbar und die Pupillen verengerten sich wieder; jedoch bei jedem Hautreiz, wie Zwicken, Klatschen erweiterten sich die Pupillen ad maximum, um nach kurzer Zeit sich wieder zu verengern.

Nach etwa $1^1/_2$ Stunden bessert sich Puls und Respiration; in der weiteren Zeit ist der Knabe noch sehr matt und schläfrig, am anderen Morgen (etwa nach 12 Stunden) bis auf etwas Kopfschmerz anscheinend wohl.

Schlieper betont die krampfartige Respiration in seinem Falle und erklärt diese durch eine in Folge der Bromoformeinwirkung hervorgerufene starke Schwellung der Schleimhäute in den feinsten Luftwegen.

12. Der jüngste, in der Literatur mitgetheilte Fall ist von van Bömmel.[19])

Ein Knabe, etwa $1^1/_4$ J. alt, der vor einigen Monaten wegen Keuchhustens Bromoform erhalten, hatte ca. 50—60 gtts des Medicaments auf einmal getrunken. Zunächst war das Kind noch ganz wohlauf, darauf Bewusstlosigkeit; Gesicht cyanotisch, Pupillen hochgradig verengt, beginnende Paralyse des Herzens und der Lunge. Auf energische Hautreize hin war das Verhalten abwechselnd, den Reizen folgend, verengt, erweitert. Die Zunge gebräunt, der Athem mit dem Geruch des Bromoforms stark gemischt.

Nach energischer Behandlung durch Hautreize, Bäder mit kühlen Uebergiessungen, künstliche Athmung und Aetherinjectionen kehrte allmählich das Bewusstsein, kräftige Herzthätigkeit und ruhige Athmung zurück. Im Anfang hatten die Herzcontractionen 32, die Athemfrequenz 42 in der Minute betragen! Erwähnenswerth ist noch, dass auch zwischendurch Trismus und heftige Krämpfe in den Extremitäten auftraten.

Am folgenden Tage war der kleine Patient nach einer langen, sehr starke Schweisse absetzenden Nachtruhe wieder vollkommen hergestellt.

Ich selbst hatte im Januar d. J. Gelegenheit, 2 Fälle von acuter Bromoformvergiftung zu sehen und zu behandeln.

1. Es handelt sich um den 5jährigen Knaben B. A. Er leidet seit einigen Wochen an intensivem Keuchhusten und es wurde ihm dagegen Bromoform, dreimal täglich 5 Tropfen, verschrieben. Am 21. Januar 1896 hatten die Eltern Nachmittags auf einen Augenblick das Zimmer verlassen; als sie in dasselbe zurückkehrten, fanden sie den Jungen bewusstlos auf dem Boden liegend, neben ihm das Medicinfläschchen. Ein in demselben Hause wohnender Student der Medicin wurde hinzugerufen; er constatirte kleine Pupillen, schlechten kleinen Puls, aufgehobene Reflexe und rieth den Eltern, den Knaben sofort in die Klinik zu schaffen. Als derselbe hier ankam, waren die Pupillen noch klein, die Extremitäten hingen schlaff herab; der kleine Patient schien fest zu schlafen. Auf einige Hautreize indessen fing er an sofort zu reagiren, öffnete die Augen; die Pupillen wurden gross und reagirten auf Lichteinfall. Als Excitans erhielt der Patient subcutan eine halbe Spritze Campheröl. Da etwas Nausea bestand und ein intensiver Bromoformgeruch aus dem Munde kam, so führte ich den Magenschlauch ein, und nahm eine Magenspülung vor. Die ausgespülten Speisereste rochen intensiv nach Bromoform. — Die relativ leichten Intoxicationserscheinungen lassen sich aus der geringen Menge des ausgetrunkenen Narkoticums (nach Angabe der Eltern höchstens 15—20 Tropfen), andererseits

[17]) Fiertz, Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. Inaugural-Dissert 1894, Zürich p. 22 ff.

[18]) Dr. Schlieper, Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen. cf. Therap. Monatshefte 1894 p. 642.

[19]) Dr. van Bömmel, Ein Fall von Bromoformvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. 1896 No. 3 p. 46.

aus dem langen Transport erklären, den der Knabe in einem leichten Kinderwagen durch die frische, kalte Luft vom Hause bis zur Klinik durchmachen musste. Irgend einen Schaden hat der Knabe von seiner Vergiftung nicht gehabt.

2) Am 30. Januar Nachmittags gegen 3 Uhr wurde ich in den poliklinischen Raum gerufen mit der Begründung von Seiten des Portiers, dass wiederum ein Kind da sei, das Gift getrunken hätte. Die kleine Patientin war die 3 jährige Arbeiterstochter B. B. Sie leidet seit Weihnachten an Keuchhusten und wurde ihr das Bromoform in üblicher Weise verschrieben. Da sich das Medicinfläschchen in demselben Schubfach befand, in dem auch das Brod lag, das allen Kindern zugänglich war, so war es für die Kleine ein Leichtes, unbemerkt etwas von dem Bromoform zu trinken. Der Mutter fiel auf, dass das Kind, das eben noch ein Stück Brot ass, zu taumeln anfing, um dann bewusstlos hinzufallen. Der hinzugezogene Arzt rieth, das Kind schleunigst in die Klinik zu bringen.

Status praesens: Das Kind ist völlig benommen, Pupillen stecknadelkopfgross, Lippen cyanotisch, Kiefer fest aneinander gepresst, Kopf hängt schlaff herab; Extremitäten kühl und schlaff. Vor dem Munde steht etwas Schaum, die Respiration sehr oberflächlich, manchmal aussetzend; der Puls ist unregelmässig, schwach fühlbar, Herztöne schwach hörbar. Deutliches Trachealrasseln, der Geruch aus dem Munde verräth intensiv das Bromoform. Nachdem das Kind $1^1/_2$ Spritzen Kampheröl subcutan erhalten hatte, ging ich sofort daran, die Respiration frei zu machen. Das Kind wurde auf ein Sopha so gelagert, dass der Kopf nach hinten überhing; die Kiefer wurden durch eine Mundsperre weit auseinandergehalten, die Zunge mit einer Zungenzange stark hervorgezogen und einem Gehilfen zum Fixiren übergeben. Alsdann wurde der mit einem Gazelappen umwickelte Finger in Zwischenräumen von etwa einer Minute tief in den Larynx eingeführt, um Schleimmassen und Speichel herauszuholen. Nachdem diese Manipulation etwa 30 Minuten fortgesetzt und zwischendurch auch künstliche Athembewegungen gemacht waren, hörte das Trachealrasseln auf und die Respiration wurde freier. Dann wurden nochmals $1^1/_2$ Spritzen Kampheröl injicirt und die Körperhaut durch energisches Reiben mit Massageinstrumenten gereizt. Etwa 10 Minuten darauf schlug das Kind die Augen auf, die Pupillen wurden gross, reagirten auf Lichteinfall, die Herzthätigkeit wurde kräftiger, der Radialpuls gut fühlbar. Ein warmes Bad mit kalten Uebergiessungen auf Kopf, Brust und Rücken genügten vollends, um das jetzt nur noch etwas schläfrige Kind den Eltern so gut wie wiederhergestellt nach Hause mitzugeben. Nach unseren Erkundigungen ist das Kind ohne jeden Schaden geblieben, obwohl die genommene Menge Bromoform mindestens 5 g betragen haben soll.

Die angeführten 14 Fälle umfassen meines Wissens wohl ungefähr die gesammte Casuistik über Bromoformintoxicationen; es wäre indessen immerhin möglich, dass mir vielleicht der eine oder andere Fall entgangen ist.

	Autor	Alter der Patienten	Zuletzt genommene Dosis	Ausgang
1	Löwenthal . .	$1^1/_4$ j. Mädchen	ca. 2 g	genesen
2	Sachs	4 jähr. Kind	ca. $1^1/_2$ g	genesen
3	Nauwelaers .	?	?	gestorben
4	Pannwitz . .	$4^1/_2$ jähr. Knabe	ca. 30 Tropfen	genesen
5	Nolden . .	$2^1/_2$ jähr. Knabe	ca. 4 g	genesen
6		3 jähr. Mädchen	ca. 6 g	genesen
7	Platt	3 Monate altes Brustkind	?	genesen
8	C. W. Dean .	4 jähr. Mädchen	15—20 Tropfen	genesen
9	Fiertz . . .	2 jähr. Mädchen	Zusamm. innerh. 24 Stunden 10 g	genesen
10		4 jähr. Mädchen		genesen
11	Schlieper . .	$5^1/_2$ jähr. Knabe	20 Tropfen	genesen
12	van Bömmel .	$1^1/_4$ jähr. Knabe	50—60 Tropfen	genesen
13	Verfasser .	5 jähr. Knabe	15—20 Tropfen	genesen
14		3 jähr. Mädchen	5 g	genesen

Vorstehende Tabelle gibt eine übersichtliche Zusammenstellung der im einzelnen Falle genommenen Bromoformmengen, die dann die Vergiftungssymptome auslösten; zweitens habe ich in einer anderen Rubrik das Alter der betroffenen Patienten vermerkt, um so etwa eine Beziehung zwischen Alter und Minimaldosis herauszufinden. Ein Zusammenhang lässt sich aber, wie ich gleich im Voraus bemerke, leider durch diese vergleichende Nebeneinanderstellung aus der Tabelle nicht in wünschenswerthem Maasse eruiren.

Denn während das Alter der Patienten zwischen 3 Monaten und $5^1/_2$ Jahren sich bewegt, ist die Menge des genommenen Giftes zwischen ca. 15—20 Tropfen bis 6 g, wobei aber keineswegs die grösseren Mengen dem höheren Alter entsprechen. Nun haben ausserdem die meisten das Bromoform schon längere Zeit genommen, sodass sich auch nicht in jedem Fall sagen lässt, wieviel etwa schon einer cumulirenden Wirkung des vorher genommenen Bromoforms zuzuschreiben ist. Die Minimaldosis kann nach unserer Tabelle praeter propter 20—30 Tropfen — ungefähr 1 g — sein; man müsste diese Menge also gewissermassen als Schwellenwerth festlegen.

Es ist vielleicht zweckmässig, die typischen, mehr oder weniger in allen Fällen wiederkehrenden Symptome noch einmal zu präcisiren: Wenige Minuten nach dem Genuss des Mittels, das in allen Fällen per os genommen war, tritt plötzliche Bewusstlosigkeit ein; die Gesichtsfarbe wird blass, die Lippen cyanotisch. Die Pupillen werden stecknadelkopfklein und erweitern sich nicht bei Beschattung, — in einigen wenigen Fällen sind allerdings weite, starre Pupillen beobachtet worden. Die Musculatur erschlafft vollkommen, nur die Masseteren sind in der Regel stark contrahirt, der Kopf sinkt nach vorn herab, die Extremitäten hängen kraftlos herunter. Die Körperhaut fühlt sich meist kühl an, die Cornealreflexe sowie die übrigen Reflexe sind verschwunden, die Sensibilität ist erloschen. Herztöne schwach, unregelmässig, beschleunigt; der Radialpuls kaum fühlbar; Athmung oberflächlich, aussetzend; in mehreren Fällen war Rasseln über der Lunge und weithin vernehmliches Trachealrasseln; aus dem Munde dringt meist ein intensiver Bromoformgeruch. Der Urin gibt Bromreaction. Jedenfalls ist Nolden[14]) der einzige, der in seinem Fall darauf gefahndet hat. Da aber Binz[20]) an Thieren gezeigt hat, dass nach wiederholten leichten Narkosen durch Bromoform im Harn Bromide auftreten, so lässt sich annehmen, dass auch im Harn vergifteter Menschen bei darauf gerichteter Untersuchung die Bromreaction vorhanden sein würde.

Pharmakologisch ist das Bromoform noch nicht ausgiebig genug untersucht; die diesbezüglichen Literaturangaben sind spärlich. Man wird indessen eine ganze Reihe seiner Wirkungen durch seine Abstammung vom Brom verstehen können. Nach Kobert[21]) entstehen nach Resorption des Broms, gleichgiltig von welcher Stelle aus, nervöse Depressionserscheinungen, ja geradezu Benommenheit und Narkose. Beim Einathmen von Bromdämpfen kommt es zu Conjunctivitis, Thränenfluss, Schnupfen, Salivation, metallischem Geschmack, Spasmus glottidis, furchtbaren, quälenden Hustenanfällen, Suffocationsgefühl, Pseudoasthma, Bronchitis und lobulärer Pneumonie. Von Allgemeinerscheinungen sind Schwindel, Kopfschmerz und Benommenheit am häufigsten. Gerhardi[22]) hat unter Ungar's Leitung mit Bromoform selbst experimentirt. Er hat hierbei festgestellt, dass bei einige Zeit fortgesetzter Darreichung von Bromoform, insbesondere bei Hunden und Katzen, weniger bei Kaninchen, am wenigsten bei Meerschweinchen, fettige Degeneration der Organe sich bildet, deren letzte Ursache nach Ungar die Einwirkung des im Organismus sich abspaltenden freien Broms auf die Gewebe ist.

Wie wirkt nun das Bromoform auf die Centralorgane und in welcher Reihenfolge werden diese ergriffen?

Nach meiner Ansicht sind die Hauptangriffspunkte des Bromoform das Grosshirn, dann das verlängerte Mark.

Nolden[14]) sagt: «Der allererste und wichtigste toxische Angriff findet auf das Sensorium und das Respirationscentrum statt: Bewusstlosigkeit und Asphyxie. In höchst nachtheiliger, ja gefahrdrohender Weise wird aber auch die Herzthätigkeit beeinflusst.»

Es mag hier in gewisser Beziehung die Bromoformwirkung sich ähnlich verhalten wie die Chloroformwirkung, die Flourens[23]) in folgender Weise erklärt: Zuerst wird das Grosshirn von dem Chloroform betroffen, dann das Kleinhirn, dann das Rückenmark und zuletzt das verlängerte Mark. Die Wirkung ist erst reizend, dann lähmend. Entsprechend der Lähmung des Gehirns sinkt schliesslich der Blutdruck, das Herz arbeitet schwächer und langsamer. Die Respiration wird vor dem Herzen gelähmt.

Zum Schluss noch einige Worte zur Behandlung der Bromoformvergiftungen: Die vollste Aufmerksamkeit muss in erster Linie auf das Herz und die Lungen gerichtet sein.

---

20) Binz, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. 1891. Bd. 28 p. 201.
21) Kobert, Lehrb. d. Intoxicationen. 1893. p. 370.
22) Gerhardi, Ueber fettige Degenerat. nach Bromoform. Inaug.-Dissert. Bonn. Citirt nach Fiertz cf. Anm. 17.
23) Kobert, Lehrb. d. Intoxicationen. 1893 p. 541.

Das Herz wird excitirt durch Injectionen von Aether, Campher u. ä.; bei der Respiration haben wir auf zwei Dinge zu achten: 1) Freihalten der Respiration und 2) Unterstützung der Respiration.

Die erste Indication wird erfüllt durch Lagerung mit hängendem Kopf, durch gewaltsames Offenhalten der Kiefer mit einer Mundsperre, durch energisches Hervorziehen der Zunge und durch mechanische Entfernung des Schleimes etc. aus dem Larynx. Unterstützt wird die Respiration durch künstliche Athembewegungen, Faradisation der Phrenici u. ä.

Alle übrigen therapeutischen Eingriffe werden sich in der Regel aus den Symptomen je nach Bedürfniss ergeben.

Ein specifisches Antidot besitzen wir meines Wissens nicht; vielleicht lässt sich durch Injection kleiner Mengen Morphium oder durch Inhalation von Amylnitrit, ähnlich wie beim Chloroform, nach dieser Richtung hin etwas erreichen.

Jedenfalls soll dies nur ein Vorschlag bleiben; Sache der Laboratoriumsarbeit mag es sein, experimentelle Versuche anzustellen, wie denn überhaupt das Bromoform in seinem Wesen noch lange nicht so durchforscht ist, wie sein berühmter Verwandter — das Chloroform.

Ueber die Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung.[1]

Von Dr. *Rudolf v. Hoesslin*, dirig. Arzt der Kuranstalt Neuwittelsbach bei München.

Unter multipler Gehirnnervenlähmung verstehen wir die Lähmung mehrerer anatomisch getrennt verlaufender Gehirnnerven.

Die multiple Gehirnnervenlähmung beansprucht deswegen das Interesse des Arztes, weil sie für viele Erkrankungen des Gehirns und des übrigen Nervensystems von grosser diagnostischer, sogar von pathognomonischer Bedeutung ist, weil sie die Localisation verschiedener Gehirn- und Nervenkrankheiten ermöglicht und uns manchmal auch ganz bestimmte therapeutische Anhaltspunkte gewährt. Daher darf ich Ihnen vielleicht eine kurze Uebersicht darüber geben, unter welchen Bedingungen eine multiple Gehirnnervenlähmung zur Entstehung kommen kann, auch wenn ich nicht imstande bin, Ihnen] Neues über dieses Thema vorzutragen.

Wenn wir uns nach den anatomischen Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung umsehen, so müssen wir dieselben in 2 Hauptgruppen trennen. Zu der ersten Gruppe werden wir alle diejenigen Fälle rechnen, in welchen die multiple Gehirnnervenlähmung durch pathologische Processe innerhalb des Gehirns entsteht, während wir der zweiten Gruppe diejenigen Erkrankungen einreihen, in welchen die multiple Gehirnnervenlähmung Folge einer Läsion der Gehirnnerven nach ihrem Austritt aus dem Gehirn ist; wir werden also zwischen cerebralen und basalen resp. peripheren Lähmungen unterscheiden.

Von den Ursachen der ersten Kategorie interessiren uns zunächst die Tumoren des Gehirns. Die Gehirngeschwülste können bei ihrem Sitz in der Gegend der corticalen Centren, in den Leitungsbahnen, besonders aber bei einer Localisation in der Gegend der Gehirnnervenkerne zur Lähmung gleichzeitig verschiedener Gehirnnerven führen, entweder durch Compression oder durch Zerstörung dieser Theile. Seltener sind multiple Gehirnnervenlähmungen zurückzuführen auf Erkrankungen der Gefässe des Gehirns, doch können auch Hämorrhagieen, Embolieen, Gefässthrombosen mit nachfolgender Erweichung, besonders aber Aneurysmen eine Zerstörung oder Compression derjenigen Gehirnpartieen zur Folge haben, deren Intactsein für die Functionirung der Gehirnnerven nothwendig ist. Die durch Blutungen im Gehirn entstandenen Gehirnnervenlähmuugen unterscheiden sich von den durch Tumoren verursachten gewöhnlich durch das acute Einsetzen der Lähmungen und durch das Fehlen anderer Geschwulstsymptome.

Eine häufige Ursache der Gehirnnervenlähmung ist die acute und chronische Encephalitis. Die acute, meist hämorrhagische Encephalitis führt, wenn sie die Gegend der medulla oblongata und der Brücke betrifft, als Poliencephalitis inferior zu dem Bilde der acuten Bulbärparalyse, einer meist rasch tödtlich endenden, manchmal aber auch in Genesung ausgehenden Krankheit, während sie als acute Ophthalmoplegia exterior verläuft, wenn sie als Poliencephalitis acuta superior sich in der Gegend des Aquaeductus Sylvii und des dritten Ventrikels entwickelt. Auch diese mit Lähmung mehrerer oder sämmtlicher äusseren Augenmuskeln einhergehende Erkrankung kann in Genesung ausgehen, verläuft aber viel häufiger rasch letal. Sie entsteht hauptsächlich als Folge des chronischen Alkoholmissbrauchs oder anderer toxischer Einwirkungen, ferner nach acuten Infectionskrankheiten, besonders der Influenza. Die sogenannte Schlafkrankheit der Neger, die Nona, die mit einer Ptosis beginnt, dürfte auf eine solche acute Poliencephalitis sup. zurückzuführen sein.

Von grösserer praktischer Bedeutung als die acute Encephalitis ist für die Entstehung der multiplen Gehirnnervenlähmung die chronische Encephalitis. Die chronisch entzündlichen, degenerativen Processe in der Gegend der Gehirnnervenkerne sind mit die häufigsten Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung. Betrifft der Krankheitsprocess die Brücke und die Medulla oblongata, so entsteht das Bild der progressiven Bulbärkernlähmung, während die Ophthalmoplegia exterior zustande kommt, wenn sich der Degenerationsprocess im Aquaeductus Sylvii und am Boden des dritten Ventrikels abspielt. Diese chronische Ophthalmoplegie kommt wohl mit und ohne vorausgegangene Syphilis als selbständige Krankheit vor, viel häufiger aber bildet sie nur eine Begleiterscheinung oder einen ominösen Vorboten anderer Krankheiten des Centralnervensystems. Es ist für die Diagnose von grösster Wichtigkeit, zu wissen, dass die Lähmung mehrerer Augenmuskeln mit und ohne Betheiligung der Sehnerven der Tabes dorsalis, der multiplen Sklerose und anderen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten um Jahre vorausgehen kann. Auch andere Gehirnnerven, der Vagus, der Trigeminus und der Facialis können im Verlauf dieser Krankheitsformen ergriffen werden.

Nicht unerwähnt möchte ich die Thatsache lassen, dass sich sowohl die Bulbärkernlähmung, als auch die Ophthalmoplegie ausbilden kann, ohne dass anatomisch nachweisbare Veränderungen sich ergeben, so dass wir auch von functionellen Gehirnnervenlähmungen reden können.

Wir kommen nun zur II. Gruppe, zu den multiplen Gehirnnervenlähmungen, welche durch Schädigung der Gehirnnerven nach ihrem Austritt aus dem Gehirn entstehen.

Auch hier spielen die verschiedenartigen Tumoren eine grosse Rolle. Sowohl die Tumoren des Gehirns selbst können durch Compression oder Uebergreifen auf die basalen Nerven zu multiplen Gehirnnervenlähmungen führen, als auch Tumoren der Dura mater, der Schädelbasis und der basalen Gefässe können durch Zerstörung oder Druck auf mehrere Gehirnnerven eine multiple Gehirnnervenlähmung hervorrufen. Interessant ist ein Fall von Unverricht, in welchem ein flaches, unter der Dura entstandenes Sarkom durch Umwachsen der Gehirnnerven bei ihrem Durchtritt durch die Schädelbasis fast sämmtliche Gehirnnerven gelähmt hatte, ohne das wesentliche Gehirnsymptome aufgetreten waren. Auch bei der Section war die Geschwulstbildung erst bemerkbar, nachdem die Dura von der Basis cranii abgezogen war. Sehr schwer zu unterscheiden vom Gehirntumor, der die basalen Nerven comprimirt, ist der idiopathische chronische Hydrocephalus internus, der durch Ausstülpung der Wand des 3. Ventrikels eine Läsion des Chiasmas und anderer basaler Nerven herbeiführen kann. Gefässerkrankungen der Gehirnbasis führen nicht nur durch Aneurysmenbildung und Blutungen zu multiplen Gehirnnervenlähmungen, auch die Sinusthrombose und die Arteriosklerose der basilaren Gefässe kann eine multiple Gehirnnervenlähmung im Gefolge haben, letztere dadurch, dass die verkalkten und geschlängelten basalen Gefässe einen Druck auf die Gehirnnerven ausüben. Basale Lähmungen multipler Gehirnnerven kommen auch zu Stande durch Basisfracturen, durch Zerreissungen oder Zerrungen der Gehirnnerven, durch die dem Trauma folgende Narbenbildung, speciell auch durch die Callusbildung. Auch die Caries der Schädelbasis, der basale Gehirnabscess, vor Allem aber die entzündlichen Affectionen der Meningen sind nicht selten von mul-

[1]) Vortrag, gehalten im ärztl. Verein München am 22. April 1896.

tiplen Gehirnnervenlähmungen begleitet. Sowohl die epidemische Meningitis cerebrospinalis, als die acute infectiöse und die tuberculöse Basilarmeningitis führen zur Lähmung multipler Gehirnnerven entweder durch Druck des Exsudates auf die Nervenstämme oder durch Fortpflanzung der Entzündung auf die Nervenscheiden. In allen bisher erwähnten Formen der multiplen Gehirnnervenlähmungen der II. Gruppe stellt die multiple Gehirnnervenlähmung kein selbständiges Krankheitsbild dar, sondern bildet nur eine wichtige Begleiterscheinung einer anderen Krankheit. Je nach der Prognose der Grundkrankheit wird sich auch diejenige der durch sie bedingten multiplen Gehirnnervenlähmung gestalten. Als selbständige Erkrankung begegnet uns die basale multiple Gehirnnervenlähmung nur in zwei Formen, als syphilitische multiple Gehirnnervenlähmung und als neuritische multiple Gehirnnervenlähmung.

Die Syphilis führt entweder in Form der Pachymeningitis syphilitica, eines die basalen Nerven einschliessenden und infiltrirenden gummösen Processes, oder in Form der Neuritis gummosa zur Lähmung multipler Gehirnnerven. Diese multiple Gehirnnervenlähmung in Folge von Syphilis zeichnet sich in manchen Fällen von anderen Gehirnnervenlähmungen durch die Unbeständigkeit der Symptome, durch ein förmliches Oscilliren der Störungen (Oppenheim) aus. Bedingt wird dieser rasche Wechsel der Erscheinungen durch die Wachsthumsverhältnisse des syphilitischen Granulationsgewebes, das leicht wuchert und ebenso leicht zerfällt.

Bei rechtzeitiger Erkenntniss der Krankheit bietet die syphilitische Basilarmeningitis und die Neuritis gummosa eine leidliche Prognose, während natürlich keine Heilung zu erwarten ist, wenn die Nervenwurzeln durch längeres Bestehen der Infiltration atrophire Recidive sind stets zu befürchten.

Während diese Form der multipeln Gehirnnervenlähmung längst bekannt war, stammt die Kenntniss der neuritischen Gehirnnervenlähmung erst aus der Zeit, in welcher man überhaupt anfing, die multiple Neuritis zu erkennen. Seitdem das Studium der Polyneuritis, deren Verwechslung mit Tabes, aufsteigender Paralyse und Poliomyelitis bis in die neuere Zeit häufig vorkam, uns dieses Krankheitsbild im richtigen Licht erscheinen lässt, wurde auch bekannt, dass Gehirnnervenlähmungen auf neuritischer Basis entstehen. Während Scheube mittheilt, dass bei der Beri-Beri Erkrankung oder der Kake der Tropen, die mit der infectiösen Form der Polyneuritis eng verwandt ist, Hirnnerven mit Ausnahme der Nervi vagi selten erkranken, machen wir die Erfahrung, dass alle bei uns vorkommenden Fälle von multipler Neuritis sich auch mit multipler Gehirnnervenneuritis verbinden können.

Fälle von allgemeiner Polyneuritis mit Betheiligung der Gehirnnerven wurden von Leyden, Charcot, Oppenheim und Anderen beschrieben. Meist ist der Verlauf der, dass während einer schon bestehenden Polyneuritis spinalis Lähmungs- oder Reizerscheinungen von Seiten des einen oder anderen Gehirnnerven hinzutreten. Am häufigsten wird der Nervus facialis befallen und zwar sehr oft doppelseitig; auch der Nervus opticus und einzelne Augenmuskeln sind öfters neuritisch miterkrankt, die Betheiligung des Nervus vagus bildet eine der ernsthaftesten aller Complicationen der Polyneuritis; immerhin beschränkt sich diese multiple Gehirnnervenlähmung in fast allen Fällen nur auf wenige Gehirnnerven. Eine Ausnahme hievon macht ein Fall von Roth, in welchem 6 verschiedene Nerven neuritisch afficirt waren, was sich bei der Autopsie bestätigte.

Aber nicht nur in Verbindung mit der Neuritis der Spinalnerven, sehen wir die multiple Gehirnnervenneuritis auftreten, sondern auch als selbstständige Affection der Gehirnnerven. Die gleichen Ursachen, welche zu einer allgemeinen Polyneuritis führen, können auch eine isolirte multiple Gehirnnervenneuritis zur Folge haben. Von der nach Diphtheritis vorkommenden Polyneuritis ist Ihnen Allen bekannt, dass sie sehr gerne zur Lähmung einzelner Augenmuskeln, zur Lähmung des Gaumensegels und Störungen der Vagusfunctionen führt, dass sich die postdiphtheritischen Lähmungen sogar recht häufig auf die Gehirnnerven beschränken. Auch die Alkoholneuritis, die Neuritis der Diabetiker und die nach Influenza beobachtete Neuritis ergreift oft ausschliesslich einige Gehirnnerven. Auch bei den sogenannten rheumatischen und den toxischen Neuritiden, wie sie nach Wurst- und Fleischvergiftungen vorkommen, sind mitunter gerade die Gehirnnerven bevorzugt. Eine acute multiple Neuritis der Bulbärnerven beschreibt Eisenlohr im Verlauf der Leukämie. Mit Ausnahme der zuletzt erwähnten Neuritis handelt es sich aber bei der multipeln Gehirnnervenlähmung auf neuritischer Basis gewöhnlich nur um Betheiligung weniger Gehirnnerven, während eine Ausdehnung auf sehr viele Gehirnnerven zu den seltenen Krankheitsbildern gehört. Einen besonders schönen Fall letzter Kategorie verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. Jochner jun., der mir Gelegenheit gab, mit ihm im Josephinum einen solchen Fall zu untersuchen. Ich darf ihn wohl der Seltenheit halber anführen.

Bei einer 62jährigen, früher stets gesunden Dame entwickelte sich einige Monate nach einem Influenzaanfall eine rasch zunehmende Sehstörung des linken Auges, die von Hrn. Privatdocenten Dr. Sachs in Innsbruck auf eine Neuritis retrobulbaris zurückgeführt wurde. Es trat bald völlige Erblindung des Auges ein. Kurz darauf Lähmung des linken Nervus abducens, Schmerzen und Anaesthesieen im Gebiete des Stirnastes, des rechten Trigeminus, Schmerzen im Ramus auriculo-temporalis des 3. Astes des rechten Trigeminus, einige Monate später Lähmung des rechten Nervus abducens. Als wir die Kranke untersuchten, bestand noch ausserdem Lähmung des linken Nervus hypoglossus, Anaesthesie des 2. und 3. sensibeln rechten Trigeminusastes, rechtsseitige Gaumensegellähmung, Parese des linken Facialis und der rechten Chorda tympani, während gleichzeitig Reizerscheinungen von Seiten des Nervus vagus bestanden.

Im Verlaufe der nächsten Monate nahmen die Beschwerden von Seiten der Zungen- und Schlundmuskulatur noch weiter zu; Patientin konnte weder die Speisen mit der Zunge weiter bewegen, noch schlucken, so dass Herr Dr. Jochner genöthigt war, die Kranke Monate lang mit der Sonde zu ernähren. Von Seiten der Spinalnerven war eine Betheiligung nie nachzuweisen, nur gegen Ende der Krankheit wurde der Gang der Kranken etwas unsicher und schwankend.

In der gleichen Reihenfolge ungefähr, wie die Lähmungen eingetreten waren, bildeten sich dieselben auch wieder zurück, nur die Erblindung des linken Auges blieb eine dauernde. Alle anderen Symptome verschwanden wieder vollständig, so dass Patientin jetzt nach ca. 2jähriger Krankheitsdauer völlig gesund ist.

Dass es sich hier um eine einfache Neuritis vieler Hirnnerven und nicht um eine luetische Affection der Hirnhäute oder um eine gummöse Neuritis gehandelt haben kann, geht aus dem ganzen Verlauf hervor. Bei der syphilitischen Gehirnnervenlähmung haben wir auf andere Gehirnerscheinungen mit Sicherheit zu rechnen: Kopfweh, Schwindel, Erbrechen, auch Benommenheit des Sensoriums, bleiben selten aus. Die Symptome der syphilitischen Gehirnnervenlähmung sind zwar sehr wechselnd, verschwinden vorübergehend ganz, aber ohne antiluetische Behandlung pflegt doch eine Heilung nicht einzutreten. Hier aber gingen die Lähmungen ohne Quecksilber dauernd zurück; auch ergab die Anamnese in unserem Falle gar keinen Anhaltspunkt für vorausgegangene Syphilis. Von anderen Krankheiten, die eine so ausgedehnte Gehirnnervenlähmung erzeugen können, kamen nur noch flächenartig ausgebreitete Basistumoren in Betracht, gegen welche Diagnose ja von vornherein der Ausgang in Heilung spricht.

Für die Entstehung dieser multipeln Gehirnnervenneuritis besitzen wir noch keine sichere Erklärung. Wahrscheinlich handelt es sich darum, dass toxische resp. infectiöse Stoffe sich in den Gehirnnerven ablagern und so zu einer Entzündung der Nerven führen; bemerkenswerth sind die Untersuchungen von Turner, der fand, dass die Neuritis durch eine bestehende Pia-arachnitis eingeleitet wird, dass die Entzündung dann auf die Wurzeln übergreift und als Perineuritis im Nerven weiterschreitend die Degeneration desselben veranlasst.

Die Kenntniss der neuritischen Form der multipeln Gehirnnervenlähmung ist desswegen nicht ohne praktische Bedeutung, weil dieselbe eine viel günstigere Prognose gibt, als die syphilitische Gehirnnervenlähmung und vor Allem gegenüber den schweren basalen Erkrankungen, die mit Gehirnnervenlähmung einhergehen, eine verhältnissmässig leichte Erkrankung darstellt. Lebensgefahr bringt sie am ehesten durch intensive Mitbetheiligung beider Nervi vagi.

Die Therapie der multipeln Gehirnnervenlähmung ist im Ganzen eine mehr symptomatische, nur in Fällen von syphilitischer

Gehirnnervenerkrankung eine causale. Hier ist sofort energische antiluetische Behandlung einzuleiten. Gegen die Schmerzen erweist sich das Phenacetin in Dosen von 3—4 g im Tag als sehr nützlich, gegen die Lähmung empfiehlt sich in manchen Fällen die consequente Anwendung des galvanischen Stromes. Bei der rheumatischen Form der multipeln Gehirnnervenneuritis kann ebenso wie bei der syphilitischen Gehirnnervenlähmung der energische Gebrauch von Schwitzbädern gute Dienste leisten.

Spontane Lungentuberculose einer Ziege.

Von Dr. *A. Bulling* in München-Reichenhall.

Die Section einer am 18. Februar 1896 gekauften, Tags darauf im hiesigen pathologischen Institute in Aethernarkose getödteten Ziege zeigte beide Lungen an ihren oberen Theilen stark mit der Pleura costalis verwachsen; in beiden Lungen, namentlich in der linken, und zwar besonders in ihren centralen Theilen finden sich kleinere und grössere käsige Herde. Die kleineren davon meist bis Hanfkorngrösse, in Gruppen stehend, ihrer Anordnung nach dem Bronchialbaume folgend, das Gewebe dazwischen etwas infiltrirt, ödematös aber lufthaltig; die grösseren Knoten bis Kirschengrösse — zum Theil ist in ihnen die Käsemasse erweicht, jedoch finden sich nirgends mit flüssigem Inhalt gefüllte Cavernen. In der Umgebung einzelner grösserer Knoten das Gewebe etwas verdichtet und die Knoten von Bindegewebe eingekapselt. Solche grössere Knoten finden sich namentlich im Unterlappen, sind aber mehr zerstreut und zeigen zwischen sich vollkommen lufthaltiges Gewebe. Die in der nächsten Umgebung der grösseren Herde gelegenen Bronchen haben etwas geschwellte Schleimhaut, auf derselben geringe Mengen zähen Secrets.

Bronchialdrüsen theilweise verkäst, theilweise verkreidet.

Alle übrigen Organe einschliesslich der Mesenterialdrüsen ohne pathologischen Befund.

Anamnestisch konnte ich feststellen, dass die Ziege sechsjährig, in einem Stalle mit acht anderen Ziegen zusammen war, vor einem Jahre noch ein gesundes Kitz zur Welt gebracht hatte, selbst für gesund galt, in letzterer Zeit wenig Milch producirte und desshalb für trächtig gehalten wurde; im Stalle hustete das Thier nie, wohl aber manchmal, schon seit zwei Jahren, wenn es in's Innere der Stadt getrieben wurde, um seine Milch direct und warm an den Käufer abzugeben.

Da die Ziegenmilch meist in rohem Zustande genossen wird — und zwar hauptsächlich von sogenannten «schwächlichen», anämischen Kindern und Erwachsenen — also Individuen, welche erfahrungsgemäss ohnehin eine gesteigerte Disposition zu tuberculösen Erkrankungen zeigen; da möglicherweise die bisherige traditionelle Annahme von der Immunität der Ziegen gegen Tuberculose nur eine scheinbare ist, insoferne diese Thiere der Unbeliebtheit und daher Werthlosigkeit ihres Fleisches halber meist vom Besitzer geschlachtet und verzehrt werden und so der thierärztlichen Controle des Schlachthauses entgehen, so dürfte es sich wohl empfehlen, auch auf die Ziegen als mögliche Verbreitungsquelle der Tuberculose sein Augenmerk zu richten und eventuell auch ihre Milch nur in gekochtem Zustande geniessen zu lassen, falls nicht durch den negativen Ausfall einer probatorischen Tuberculininjection die Gesundheit des resp. Thieres, richtiger das Freisein desselben von Tuberculose, festgestellt ist.

Angenehme Pflicht ist mir's am Schlusse dieser Mittheilung, Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. Bollinger und seinen Assistenten, den Herren Privatdocent Dr. Schmaus und Dr. Dürck, für die mir den Winter hindurch so reichlich bewiesene Liebenswürdigkeit und Förderung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Ein Fall von „Blähkropf“.

Von Dr. *Karl Frank*, prakt. Arzt in Kirchheim u. Teck.

In No. 43 des Jahrganges 1895 dieser Zeitschrift veröffentlichte Herr Professor Dr. Klaussner eine Abhandlung über «Tracheocele und Blähkropf» aus Anlass eines von ihm beobachteten Falles, den er als «Blähkropf» zu deuten geneigt ist. In letzter Zeit nun bekam ich einen Patienten in Behandlung, der ganz die nämlichen Erscheinungen zeigt, so dass ich, als ich ihn zum ersten Male sah, sofort an die Abhandlung von Herrn Professor Klaussner und das dabei veröffentlichte Bild seines Patienten denken musste. Der Fall ist folgender:

J. K., 53 Jahre alt, Kriegsinvalide, in Schl., will als junger Mann immer gesund und kräftig gewesen sein, speciell nie an dickem Hals gelitten haben. In seiner Familie seien Kröpfe nicht vorgekommen. Als Soldat wurde Patient 1870 bei Wörth durch einen Streifschuss am Kopf verwundet; er machte dann die Belagerung von Paris mit. In dieser Zeit will er beim Springen über einen Graben plötzlich einen «kleinen Krach» an der rechten Halsseite gefühlt haben, gerade als ob dort etwas «geplatzt» sei. Er habe nicht weiter darauf geachtet und habe dann auch zunächst nichts mehr an seinem Hals bemerkt. Einige Jahre später, etwa 1874 — genau weiss Patient die Zeit nicht anzugeben — sei ihm aufgefallen, dass beim starken Pressen und besonders beim Husten sein Hals dicker werde, dass plötzlich eine Geschwulst dabei hervortrete, die eben so schnell wieder verschwinde. Mit der Zeit sei diese Geschwulst, da er vielfach Husten gehabt habe, grösser geworden. Seit vielen Jahren müsse er beim Gehen und besonders beim Steigen stark schnaufen. Heiserkeit hat nie bestanden. Patient nimmt als Ursache seines Leidens bestimmt den oben erwähnten Sprung über den Graben vor Paris an, wobei er den genannten «kleinen Krach» im Hals gespürt habe.

Bei der Untersuchung fand sich nun Folgendes:

Elend aussehender, sehr magerer Mann mit leicht cyanotisch gefärbten Lippen. Die Athmung ist von einem leichten Stridor begleitet und zwar sowohl Inspiration als Exspiration. Am Hals sind die subcutanen Venen stark durchscheinend. Die tieferliegenden Theile des Halses — Kehlkopf und Musculatur — sind deutlich zu übersehen. Direct über der incisura sterni wölbt sich ein etwa kleinapfelgrosser nach rechts oval zulaufender Tumor vor, der sich weich und flaumig anfühlt und offenbar der vergrösserten Schilddrüse angehört. Es handelt sich hier jedenfalls um eine sogenannte substernale Struma. Wenn nun Patient hustet, so wölbt sich mit einem Ruck rechts und links von der Mittellinie ein Tumor hervor, der rechts fast mannsfaustgross, links gut kinderfaustgross ist. Bei genauerem Zusehen sieht man deutlich, dass der Tumor aus der oben erwähnten substernalen Struma entsteht resp. dass letztere sich beim Husten mit einem Ruck um das 4—5 fache ihres gewöhnlichen Volumens «aufbläht». Der Tumor fühlt sich prall-elastisch an, im Gegensatz zu der im gewöhnlichen Zustande sich flaumig anfühlenden Struma, von der jetzt nichts mehr zu finden ist. Bei der Percusion ergibt der Tumor ganz leeren, gedämpften Schall; bei der Auscultation ist gar kein Geräusch über demselben zu hören. Der Umfang des Halses beträgt in der Höhe des Dornfortsatzes des 7. Halswirbels gemessen normal $37^1/_2$ cm, im aufgeblähten Zustande $42^1/_2$ cm. Uebt man nun einen Druck auf den Tumor aus oder hört Patient auf zu pressen, so verschwindet die Geschwulst ebenfalls wieder mit einem Ruck ebenso schnell, wie sie entstanden ist.

Wir haben es in unserem Falle wohl sicher mit einem ächten «Blähkropf» zu thun und nicht mit einer «Tracheocele». Gegen letztere spricht der gedämpfte Percussionsschall, die starke Schwellung der subcutanen Halsvenen, sowie vor allem der Umstand, dass im aufgeblähten Zustande des Halses die normaler Weise sichtbare und fühlbare substernale Struma nicht mehr nachzuweisen ist, was doch bei einer Tracheocele der Fall sein müsste. Diese substernale Struma, deren cavernöses Gewebe sich beim Husten offenbar momentan prall mit Blut anfüllt, comprimirt, wie es scheint, auch im gewöhnlichen Zustande etwas die Trachea und verursacht dadurch den bestehenden Stridor trachealis — ebenso wie in dem von Herrn Obermedicinalrath Dr. v. Burckhardt operirten Falle (cfr. württ. Correspond.-Blatt 1888 No. 13). Die laryngoskopische Untersuchung, die bei sehr mangelhafter Beleuchtung im Hause des Patienten vorgenommen werden musste, misslang mir leider, da Patient wegen der bestehenden heftigen Bronchitis äusserst reizbar im Hals ist und sofort beim Einführen des Kehlkopfspiegels Würgen bekommt und da er sich diese Untersuchung überhaupt sehr ungern gefallen liess.

Ob das Entstehen des Blähkropfes wirklich, wie Patient annimmt, auf das bei jenem Sprung über den Graben gefühlte Krachen zurückzuführen ist, dürfte wohl schwerlich anzunehmen sein, da Patient nachher mehrere Jahre nichts mehr gefühlt hat und erst von etwa 1874 an, die Geschwulst sich gezeigt hat.

Von einer Operation will Patient durchaus nichts wissen, auch wäre dieselbe in Anbetracht einer zugleich bestehenden Insufficientia cordis, sowie des ganzen herabgekommenen Zustandes des Mannes wohl recht bedenklich.

In Anbetracht der Seltenheit dieser Erkrankungsform schien mir die Veröffentlichung eines einzelnen Falles sich zu rechtfertigen.

Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio.

Von Dr. med. *Wolter* in Gr.-Winnigstedt.

Soweit mir die einschlägige Literatur bekannt ist, sind tertiär syphilitische Erscheinungen des Urogenitalschlauches sehr selten,

noch seltener dürften stärkere Blutungen aus syphilitischen Geschwüren des Uterus sein. Vor Kurzem kam mir ein derartiger Fall zur Behandlung, dessen Verlauf interessant genug ist, um die Veröffentlichung zu rechtfertigen.

Die Vorgeschichte dieses Falles ist nach den Angaben der Patientin folgende:

Gelegentlich einer Militäreinquartirung vor 15 Jahren wurde eine Dienstmagd von einem Soldaten syphilitisch inficirt. Der Bräutigam der Pat., P., der sich mit seiner Braut entzweit hatte, verkehrte mit der kranken Magd geschlechtlich und wurde von derselben angesteckt. Er soll sich von einem Arzte längere Zeit behandeln lassen haben. Später versöhnte er sich wieder mit seiner früheren Braut. Pat. erzählte, dass sie nach geschlechtlichem Umgange mit P. Weissfluss bekommen habe und wund geworden sei. Ein Geschwür und Ausschlag habe sie nicht gehabt. Mittlerweile sei durch weitere Ansteckungen von Seiten der genannten Magd, die desshalb von der betreffenden Gemeinde einem Krankenhause überwiesen wurde, die Natur der Krankheit offenbar geworden. Auf Drängen ihrer Angehörigen sei Pat. in das Krankenhaus zu B. gegangen und habe dort eine Schmiercur durchgemacht, obwohl der Krankenhausarzt sie für ganz gesund gehalten hätte. Sie ist dann gesund geblieben. Nach 2 Jahren verheirathete sie sich mit P. In dieser Ehe hat sie neunmal geboren, alle Kinder wurden todt geboren, einige waren nach Angabe der Hebamme todtfaul, die meisten wurden zu früh geboren. Das letzte Kind starb unter der Geburt, beim Wasserabfluss hatte Pat. noch Kindsbewegungen gefühlt. Durch die Schuld der Hebamme, die die Querlage zu spät erkannt hatte, wurde ich erst längere Zeit nach dem Beginne der Geburt gerufen. Ich beendete möglichst rasch die Geburt und machte ausgiebige Wiederbelebungsversuche bei dem Kinde, die jedoch erfolglos blieben. Das Kind war dieses Mal nicht zu früh geboren, völlig ausgewachsen und bot keine Zeichen von congenitaler Lues. Diese letzte Entbindung fand im Februar 1895 statt. Von der Zeit an war Pat. regelmässig menstruirt bis Ende September, wo sich dauernde Blutungen einstellten, die zeitweise so stark waren, dass ihr das Blut «in die Schuhe floss».

Trotzdem ging sie ihrer schweren Arbeit (Rübenroden) nach, bis sie mich am 13. November v. J. wegen ihres fortwährenden Blutverlustes aufsuchte.

Status. Patientin ist von starkem Knochenbau, ziemlich gross, in mässig gutem Ernährungszustande. Die sichtbaren Schleimhäute sind deutlich anaemisch, die Gesichtsfarbe entspricht nicht der einer Person, die ihr ganzes Leben auf dem Lande verbracht hat, sie ist blass, aschgrau. (Dieses krankhafte Aussehen ist nicht die Folge von der erwähnten Blutung, wie man annehmen könnte, es ist mir bei der Patientin schon vor einigen Jahren aufgefallen, als ich in der Familie zu thun hatte.) Das Kopfhaar ist auffallend dünn. Sonstige Zeichen von Lues sind nicht aufzufinden: keine Narben, keine Hautflecken, keine Knochenveränderungen, keine Drüsenschwellungen.

Im Scheideneingang befindet sich blutiger Schleim. Bei der Specularuntersuchung sieht man an Stelle der rechten Hälfte der Portio eine wunde, leicht blutende Geschwürsfläche, die sich in das Uteruscavum fortzusetzen scheint, die linke Hälfte der Portio ist ziemlich erhalten. Der Uterus ist nicht vergrössert. Da kein übler Geruch des Ausflusses bestand und die Ränder der Wunde weder knollig noch gewulstet waren, da wegen des grossen Gewebsdefectes eine entzündliche Affection des Endometrium auszuschliessen war, konnte ich zu keiner sicheren Diagnose kommen; ich musste jedoch trotz des Fehlens der charakteristischen Symptome die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Carcinom stellen, an Lues dachte ich durchaus nicht, da mir noch nie eine derartige luetische Affection zu Gesicht gekommen war. Um die Blutung zu stillen, legte ich einen Jodoformgazetampon ein und verordnete, mehr ut aliquid fieret, Ausspülungen mit Salicyllösung.

Am Abend desselben Tages wurde ich eilig zu der Patientin gerufen wegen starker Blutung. Ich fand dieselbe in einem recht desolaten Zustande vor. Sie klagte über Frost, Kopfschmerz, Schwindelgefühl und unerträgliches Ohrenklingen. Der Puls war klein, fadenförmig und sehr frequent, die Haut war mit kaltem Schweiss bedeckt, die Gesichtszüge ängstlich. Es stellten sich dann noch Erbrechen und Durchfälle ein, und Patientin jammerte über unerträgliche Leibschmerzen. Der Tampon war gegen Abend durch Blut herausgedrängt, und seitdem hatte sich eine starke Blutung eingestellt, so dass Patientin in einer grossen Blutlache lag; ausserdem war aus dem geschilderten Zustand der Blutleere zu ersehen, dass ein bedeutender Blutverlust stattgefunden haben musste. Als ich untersuchen wollte, stürzte aus der Scheide ein etwa zweifaustgrosser Klumpen geronnenen Blutes, gefolgt von ziemlich hellrothem, flüssigem Blut. Unter diesen Umständen tamponirte ich die Scheide fest mit Jodoformgaze aus, worauf die Blutung stand. Ausserdem machte ich die den Umständen entsprechenden Anordnungen: Einwicklung und Hochlagerung der Beine, Excitantien, wodurch der Allgemeinzustand und der Puls sich besserten. Nach 24 Stunden entfernte ich den Tampon, die Blutung stand. Als ich nochmals die geschilderte Anamnese der Patientin aufnahm, kam mir der Gedanke, dass das Ulcus vielleicht ein zerfallenes Gumma sein könnte. Ich gab versuchsweise Jodkali, und siehe da, es trat sogleich Besserung ein, die Geschwürsfläche verkleinerte sich zusehends von Tag zu Tag, und nach 3 Wochen war eine vollständige Vernarbung eingetreten. Es war damit ex juvantibus der Beweis erbracht, dass die in Frage stehende Erkrankung luetischer Natur gewesen war. Damit ich völlig sicher war, nur die Jodkaliwirkung allein zu haben, hatte ich die Spülungen aussetzen lassen.

Wenn ich mir das Entstehen der stärkeren Blutung zu erklären suche, so kann ich keinen andern Grund dafür finden, als dass die vorangegangene Digitaluntersuchung, das Abtupfen und der zuerst eingelegte kleinere Tampon dieselbe veranlasst haben. Ganz unverhofft kam mir bei einer derartigen Affection solche copiöse Blutung, so dass ich nach der am nächsten liegenden Entstehungsursache, einem Abort, suchte; es liess sich jedoch nicht der geringste Anhaltspunkt dafür auffinden.

Zum Schluss möchte ich auf Grund dieses Falles wieder an die alte Regel erinnern, dass man in zweifelhaften Fällen, sobald nur der leiseste Verdacht auf Lues besteht, den Versuch einer antiluetischen Behandlung machen soll.

Zwei Fälle puerperaler Eklampsie bei Zwillingsschwestern.

Von Dr. *Fritz Hanemann* in Maxhütte.

In kurzer Aufeinanderfolge hatte ich Gelegenheit, zwei Fälle puerperaler Eklampsie zu beobachten, deren Mittheilung vielleicht von Interesse sein dürfte.

Die Fälle betrafen die Zwillingsschwestern Therese und Katharine B. von hier; dieselben sind 25 Jahre alt, sehen sich zum Verwechseln ähnlich, sind von gracilem Körperbau, sehr anämisch und haben von Kindheit auf Kinderkrankheiten (Masern, Scharlach, Halsentzündungen) dann Chlorose stets zu gleicher Zeit durchzumachen gehabt.

Therese B. kam am 26. August v. J. Abends 7 Uhr zum ersten Male mit einem ausgetragenen Mädchen nieder. Geburt verlief nach Aussage der Hebamme ohne Störung; Dauer: 10 Stunden. 5 Stunden nach der Geburt wurde ich gerufen, da die Puerpera schon während, und namentlich nach der Geburt, heftige Kopfschmerzen, Uebelkeit und eigenthümliches krampfartiges Zusammenziehen am ganzen Körper geklagt hatte. Bei meiner Ankunft zeigte sie grosse Unruhe, warf sich stöhnend im Bette herum, erbrach mehrmals und klagte über vollkommene Blindheit und rasende Kopfschmerzen. Temperatur war wegen der grossen Unruhe nicht festzustellen, schien erhöht, Puls: 120, gespannt. Fundus uteri etwas unterhalb des Nabels, Uterus hart, keine stärkere Blutung, keine schwerere Verletzung. Sehr bald nach meiner Ankunft trat (also 5 Stunden post part.) der erste eklamptische Anfall ein: Dauer der Krämpfe fast 2 Minuten, Coma über 5 Minuten, nach dem Anfalle fortdauernde Unruhe, Erbrechen, Amaurose, Kopfschmerzen. In $2^1/_2$ stündigen Intervallen traten dann noch 5 Anfälle von gleicher Dauer auf, dann wurde P. (unter fortgesetzter Morphinbehandlung) ruhig und schlief fast 12 Stunden. Der nach dem letzten Anfall mit Catheter entleerte Urin war ziemlich reichlich und enthielt geringe Mengen Eiweiss. Am nächsten Tage sah P. wieder deutlich, die Kopfschmerzen traten, wie an den darauffolgenden Tagen noch sehr heftig auf, doch blieb sie anfallfrei und genas rasch ohne weiteren Zwischenfall.

Während der Gravidität will P. keinerlei Beschwerden gehabt haben: keine Oedeme, keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen.

Die Zwillingsschwester Katharine, welche im Vorjahre eine Frühgeburt (VI. Mon.) durchgemacht hat, kam am 2. October 7 Uhr Morgens mit einem ausgetragenen Knaben nieder; Geburtsdauer: 7 Stunden. Die Hebamme will keine Unregelmässigkeit bemerkt haben. Auch bei dieser Puerpera während und nach der Geburt immer mehr sich steigernde Kopfschmerzen, Unruhe, Erbrechen, Amaurose und 5 Stunden nach der Geburt erster eklamptischer Anfall. Die Anfälle traten hier etwas rascher nach einander auf (in 1, später $^1/_2$ stündigen Pausen) sonst aber, wie im ersten Falle, von gleicher Dauer, ebenfalls 6 an Zahl, Temp. etwas über 39,0 (ungenau wegen der grossen Unruhe der P.), Puls: gespannt 120; Urin, wie im ersten Falle, geringe Mengen Eiweiss enthaltend. Auch der weitere Verlauf zeigte, mit Ausnahme einer einmaligen Temperatursteigerung am 8. Tage, keine Abweichung von dem des ersten Falles. Auch diese Puerpera will

während der Gravidität keine nennenswerthe Störung gehabt haben.

Beide Fälle behandelte ich mit Morphium in grossen Dosen: jede der beiden Puerp. hat eine Gesammtdosis von 0,07 subcutan erhalten (in 4maliger Anwendung).

Es erkranken also Zwillingsschwestern, welche von Geburt vollkommen gleich beanlagt sind, ohne vorherige Erkrankung in der Schwangerschaft, gleich nach der Entbindung an heftigen Kopfschmerzen und Amaurose, denen eklamptische Krampfanfälle, die bei beiden in gleicher Art und Zahl auftreten, nachfolgen und bei beiden tritt unter der Behandlung mit grossen, subcutan angewandten Morphiumdosen Genesung ein.

Eine von v. Herff (Münchener med. Wochenschrift 1891, No. 5) aufgestellte Ansicht über Entstehung der Eklampsie scheint durch die mitgetheilten Fälle eine Stütze zu erhalten: nach diesem Autor beruht die Eklampsie «auf einer eigenthümlichen Erregbarkeitsänderung der psychomotorischen Grosshirnrinde, die sich während der Gestation auf der Basis einer angeborenen psychopathischen Anlage ausbildet.»

Dass jedoch auch in diesen Fällen eine acut behinderte Function der Nieren, wie sie von Olshausen (Volkmann'sche Vorträge No. 39) als Ursache der Krankheit angenommen wird, zum Zustandekommen der Eklampsie mitgewirkt hat, ist aus der bei beiden Fällen constatirten, wenn auch bald vorübergehenden Albuminurie zu schliessen.

Ueber die wirksamen Substanzen der Schilddrüse.

Von Dr. *Sigmund Fränkel* in Wien.

Baumann hat in No. 17 dieser Wochenschrift eine Darstellung, sowie eine Kritik meiner Untersuchungen über die Schilddrüse veröffentlicht, welche ich beide für nicht richtig halte. Die Gründe dafür ergeben sich aus Folgendem:

Ich habe bei meinen unabhängig und vor Baumann veröffentlichten Untersuchungen gefunden, dass die mit Essigsäure abgeschiedenen Eiweisskörper aus dem Decocte von Schilddrüsen unwirksam, das eiweissfreie Filtrat hingegen wirksam ist. Die Wirksamkeit ergab sich damals daraus, dass ich in der Lage war, bei zwei Versuchspersonen und einem Hunde Gewichtsverluste zu erzielen. Nun führt Baumann aus, dass man durch Extraction mit Wasser oder Salzlösung den jodhaltigen Antheil der Schilddrüse in Lösung bekomme und beim Kochen nach dem Ansäuern mit Essigsäure das Eiweisscoagulum alles Jod und somit die ganze wirksame Substanz der Schilddrüse enthält. Das jodfreie Filtrat erweise sich als total wirkungslos. Zwischen diesen Baumann-schen Untersuchungen, sowie den meinigen besteht aber keine Vergleichsmöglichkeit, da er bei der Extraction ganz anders verfährt, indem er mit kaltem Wasser oder Salzlösung, ich aber mit siedend heissem Wasser extrahirte. Die von mir untersuchten, im Decoct anwesenden Eiweisssubstanzen sind aber auch nach dem Baumann'schen Kriterium unwirksam, da sie jodfrei sind.

Für die Wirksamkeit meines Filtrates aber habe ich meinen Selbstversuch nur als Beispiel angeführt und in meiner Publication angegeben, dass dieser Versuch an zwei Menschen und einem Hunde gemacht wurde. Deshalb ist die Baumann'sche Behauptung, dass ich nur über einen Versuch verfüge, unrichtig.

Aus den Baumann'schen Untersuchungen lässt sich weder ein Schluss auf die Richtigkeit noch auf die Unrichtigkeit der meinigen ziehen, da Baumann 1. ganz andere Darstellungsmethoden, 2. ganz andere Prüfungsmethoden für die Wirksamkeit der dargestellten Substanzen verwendet. Doch ist selbstverständlich der eine Umstand, dass das Thyrojodin auf Kröpfe wirkt, nicht für die Behauptung beweisend, dass es der einzige wirksame Bestandtheil der Schilddrüse sei.

Baumann sagt wörtlich: «Aus diesen Ermittelungen ergibt sich, dass in der Schilddrüse nur eine specifisch wirksame Substanz, das Thyrojodin, enthalten ist. Fränkel's «Thyreoantitoxin» steht in keinerlei Beziehung zum Thyrojodin, und kann bei dessen Wirkung so wenig als bei derjenigen der Schilddrüse betheiligt sein.» Ferner: «Wir haben uns überzeugt . . . . dass es nur einen specifisch wirksamen Stoff in der Schilddrüse gibt, das Thyrojodin,» wenn er auch in der Anmerkung diese Behauptung etwas einschränkt: «Damit soll nicht gesagt sein, dass alle anderen Substanzen, welche aus der Schilddrüse dargestellt werden können, physiologisch völlig indifferent sein müssen.»

Umsomehr muss ich die Richtigkeit der Baumann'schen Behauptung, dass das Thyrojodin der einzige specifisch wirksame Bestandtheil der Schilddrüse ist, in Abrede stellen, als durch die Untersuchungen von Gottlieb nachgewiesen ist, dass das Thyrojodin bei thyreoidectomirten Thieren völlig wirkungslos ist und nur die nach meiner Methode aus dem eiweissfreien Filtrate dargestellten jodfreien Substanzen bei thyreoidectomirten Thieren die Krämpfe sistiren, sowie den tödtlichen Ablauf verzögern oder verhindern können.

Würde man die Wirkung auf thyreoidectomirte Thiere als einziges Kriterium ansehen, so könnte man behaupten, dass eben das Thyrojodin nicht der «wirksame» Bestandtheil der Schilddrüse sei. Ich bin, wie ich in meiner Abhandlung ausgeführt, weit entfernt, diese Meinung zu acceptiren. Die bei thyreoidectomirten Thieren wirksamen jodfreien Substanzen sind eben nur im Filtrate, wie aus den übereinstimmenden Untersuchungen von mir, Drechsel-Kocher und Gottlieb hervorgeht, zu suchen und dort habe ich die von mir beschriebenen Substanzen gefunden.

Ueber den therapeutischen Werth des Thyreoantitoxins will ich hier nur bemerken, dass dieses Präparat, welches jodfrei ist, Gewichtsverluste bei Menschen bewirkt und auch andere therapeutische Eigenschaften zeigt, über welche die Herren, welche die Untersuchungen ausgeführt, selbständig berichten werden.

Entgegen den Angaben Baumann's enthält also die Schilddrüse mehrere specifisch wirksame Bestandtheile, von denen sich die von mir beobachteten im eiweissfreien Filtrate vorfinden, und diese sind vom physiologischen Standpunkte mindestens ebenso wichtig für das Leben des Thieres, als das Thyrojodin. In welcher Richtung das Thyrojodin und in welcher das Thyreoantitoxin therapeutisch verwerthbar ist, muss ich den Klinikern überlassen.

Bei meinen Untersuchungen bin ich, obwohl die Grenzgebiete meiner und der Baumann'schen Untersuchungen theoretisch leicht auseinanderzuhalten sind, wie Baumann richtig hervorhebt, auf eine jodhaltige Substanz gestossen, welche weder mit dem unlöslichen, noch mit dem «löslichen» Thyrojodin identisch ist und von der ich auch nicht vermuthete, dass sie mit dem Thyrojodin in directem Zusammenhange steht, da sie das Jod auch in anderer Bindung enthält und ganz andere Eigenschaften zeigt. Praktisch ist es jedoch unvermeidlich, dass, wenn man mit demselben Organ arbeitet, man leicht auf Körper stosst, die in die Reihe der Jodverbindungen gehören, deren Kenntniss wir Baumann verdanken. Wie unvermeidlich ein solches Ineinandergreifen der Untersuchungen ist, zeigt ja selbst Baumann's Untersuchung über die Eiweisskörper der Schilddrüse, welche Notkin in Angriff genommen und deren Resultate noch nicht abgeschlossen sind.

Ich bin hingegen im weiteren Verlaufe meiner Untersuchungen zur Ueberzeugung gekommen, dass ein genetischer Zusammenhang zwischen diesen beiden Jodkörpern besteht und beabsichtige daher auch nicht, wogegen Baumann sich ganz unnöthiger und überflüssiger Weise ereifert, in sein Arbeitsgebiet einzugreifen, beziehungsweise vor Ablauf seiner Untersuchungen meine Erfahrungen über die jodhaltigen Substanzen zu veröffentlichen.

Ueber die Wirksamkeit des Thyrojodins.

Von *E. Baumann.*

(Entgegnung an S. Fränkel.)

Auf die vorstehenden Bemerkungen Fränkel's möchte ich, um Missverständnissen vorzubeugen, Folgendes erwidern:

1. Die Eiweissniederschläge, welche durch Fällen mit Essigsäure aus dem kalten oder heissen Wasserauszug von Hammelschilddrüsen erhalten werden, sind, wie ich gefunden habe, immer jodhaltig und nach den Versuchen des Herrn Dr. Roos wirksam im Sinne der Schilddrüsentherapie. Es schien mir in meiner früheren Discussion mit Herrn Fränkel ganz überflüssig — weil selbstverständlich — diese Bemerkung ausdrücklich auf die mit

kochendem Wasser bereiteten Auszüge der Schilddrüse auszudehnen. Da diese Angabe von Fränkel jetzt bestritten wird, muss ich näher darauf eingehen und führe zum Beweise derselben aus meinen Versuchen folgenden an:

22 g frische präparirte Hammelschilddrüsen wurden gut zerkleinert und mit ca. 200 ccm Wasser ausgekocht. Aus der schwach alkalisch reagirenden Lösung, welche ich nach 5 Minuten langem Kochen vom Ungelösten trennte, wurden die in ihr enthaltenen Eiweisskörper mit Essigsäure abgeschieden, abfiltrirt und ausgewaschen. Die so abgeschiedenen Eiweisskörper erklärte Fränkel für jodfrei. Bei meinem Versuche lieferte etwa der 4. Theil des Eiweisscoagulums eine Jodreaction, welche ca. 2 mg Jod entsprach. Der ganze nach Fränkel's Angaben gewonnene Niederschlag enthielt somit ca. 8 mg Jod.

Durch diesen Nachweis wird die Behauptung Fränkel's, dass ich, um die Unrichtigkeit seiner Angaben zu beweisen, auf einem ganz anderen Wege als er, wodurch jede Vergleichsmöglichkeit ausgeschlossen werde, vorgegangen sei, auch für den ferner Stehenden in ein genügend klares Licht gesetzt, so dass ich auf eine nähere Würdigung der Beschuldigung, welche Fränkel gegen mich erhoben hat, nicht einzugehen brauche.

2. Für die Frage nach der Natur der wirksamen Substanz der Schilddrüse ist es naturgemäss in erster Linie von Bedeutung, zu ermitteln, ob es sich dabei um einen oder um mehrere Stoffe handelt. Auf Grund der bis jetzt mit dem Thyrojodin gemachten Erfahrungen haben Roos und ich dieses als die allein wirksame Substanz der Schilddrüse erklärt. Diese Schlussfolgerung stützt sich auf den Nachweis, dass alle bekannten therapeutischen Wirkungen der Schilddrüse dem Thyrojodin zukommen und dass alle jod- bezw. thyrojodinfreien Präparate keine dieser Wirkungen besitzen. Die Unrichtigkeit dieses Schlusses bin ich gerne bereit anzuerkennen, wenn irgend eine der Beobachtungen, auf welche er sich stützt, als irrthümlich nachgewiesen wird. Von einem solchen Nachweise ist mir indessen bis jetzt nichts bekannt geworden. Den Weg aber, auf welchem Fränkel jene Schlussfolgerung zu Gunsten der von ihm aufgestellten Behauptungen zu bekämpfen versucht, muss ich nicht bloss als unrichtig, sondern als unzulässig bezeichnen. Die Unzulässigkeit seines Vorgehens ergibt sich aus Folgendem:

Die von Roos und mir aufgestellte und vertretene Ansicht, dass das Thyrojodin der allein wirksame Stoff der Schilddrüse sei, ist durch folgende Erfahrungen begründet worden:

a) durch die Wirksamkeit des Thyrojodins bei parenchymatösen Strumen (Roos, Ewald, Bruns),
b) durch seine Wirksamkeit bei Myxoedem (Leichtenstern, Ewald),
c) durch seine Wirkung auf den Stoffwechsel bei Menschen und Thieren (Roos, Treupel, Grawitz, Hennig).

Die Punkte b und c sind in der Thyrojodinliteratur so oft erwähnt und auch in meiner Entgegnung an Fränkel (in No. 17 dieser Wochenschrift) citirt worden, dass sie Fränkel nicht unbekannt sein können. Es ist daher kaum als loyal zu bezeichnen, wenn Fränkel jetzt behauptet, die Wirksamkeit des Thyrojodins bei Kröpfen beweise nicht, dass es der einzig wirksame Stoff der Schilddrüse sei, da er weiss, dass auf diesem alleinigen Nachweis die von ihm bekämpfte Schlussfolgerung gar nicht beruht.

3. Wer behauptet, die wirksame Substanz der Schilddrüsen in Händen zu haben, muss auch den Nachweis führen können, dass diese Substanz die Function der Schilddrüsen bei Thieren, welche dieses Organs beraubt sind, völlig zu ersetzen vermag.

Nachdem die Wirksamkeit des Thyrojodins durch Leichtenstern und durch Ewald bestimmt erkannt war, schien es recht wahrscheinlich, dass das Thyrojodin auch bei Thieren den Ausfall der Schilddrüsenfunction würde decken können.

Herr Prof. E. Goldmann hat mich bald nach Entdeckung des Thyrojodins auf die Wichtigkeit der an thyreoidectomirten Thieren damit anzustellenden Versuche aufmerksam gemacht und hat mir seine Unterstützung dabei, d. h. die Uebernahme der Ausführung der betreffenden Operationen in liebenswürdigster Weise zugesagt. Nichts konnte mir erwünschter sein, als für die Ausführung dieser Versuche einen so ausgezeichneten Mitarbeiter wie Herrn Prof. Goldmann, der schon seit Jahren Beobachtungen und Erfahrungen über die Schilddrüse gesammelt hatte, zu gewinnen.

Herr Prof. Goldmann und ich werden nach Abschluss unserer Versuche, die über den ursprünglich in's Auge gefassten Plan hinaus sich ausgedehnt haben, in dieser Wochenschrift berichten. Für heute möchte ich in Uebereinstimmung mit Herrn Prof. Goldmann nur erwähnen, dass das Experiment die Erwartung in vollkommenster Weise bestätigt hat, dass das Thyrojodin die Function der fehlenden Schilddrüse bei Hunden durchaus zu ersetzen vermag.

Wir besitzen beispielsweise gegenwärtig 2 Hunde, welchen die Schilddrüsen vor 31 bezw. 32 Tagen entfernt worden sind. Beide Thiere sind heute völlig normal, sehr munter und bei guter Fresslust. Sie erhalten rohes Fleisch und Milch, ausserdem täglich 6 g Thyrojodin (entsprechend 6 g frischer Schilddrüse). Wir haben uns überzeugt, dass auch die tägliche Darreichung von nur 2 g Thyrojodin alle Erscheinungen der sogenannten thyreopriven Cachexie ausschliesst.

Bei einem der beiden Thiere, bei welchem 8 Tage nach der Operation die Thyrojodinzufuhr stark reducirt wurde, traten die sehr charakteristischen Erscheinungen, welche nach der Schilddrüsenextirpation in der Regel nach 2—3 Tagen — wenn keine Medication eintritt — sich zeigen, Tetanus etc. am 12. Tage mit vollendeter Deutlichkeit auf. Seitdem befindet sich der Hund, welcher in den letzten 20 Tagen je 6 g Thyrojodin erhielt, völlig wie ein normales Thier. Ausdrücklich zu bemerken ist dabei noch, dass es sich keineswegs um ausgesuchte oder ganz ausnahmsweise Fälle handelt. Durch diese Beobachtungen, die noch weitergeführt werden, ist schon jetzt mit unumstösslicher Sicherheit auch der letzte Beweis dafür geliefert, dass die regelmässige Zufuhr des Thyrojodins bei Hunden die fehlende Function der Schilddrüse völlig zu ersetzen im Stande ist.

Da andere Wirkungen der Schilddrüse bis jetzt nicht bekannt sind, als diejenigen, welche auch das Thyrojodin hervorruft, so ist der Schluss, dass das Thyrojodin der im Sinne der Schilddrüsentherapie wirksame Stoff der Drüse ist, durchaus begründet, und bis jetzt liegt keine Thatsache vor, welche die Annahme, dass andere jodfreie Bestandtheile der Schilddrüse an dieser Wirkung betheiligt seien, unterstützen könnte. Wenn in der Schilddrüse in Zukunft noch andere Stoffe aufgefunden werden, welche physiologisch wirksam sind, so kann man nach dem Obigen nur sagen, dass ihre Wirksamkeit mit der Schilddrüsentherapie nichts zu thun hat.

Gottlieb hat vor Kurzem in einer Vertrauen erweckenden Publication mitgetheilt,[1]) dass es ihm nicht gelungen sei, thyreoidectomirte Hunde mit einem Thyrojodinpräparate, welches er aus Schweineschilddrüsen dargestellt habe, am Leben zu erhalten. Das Misslingen der Versuche Gottlieb's scheint mir darauf zu beruhen, dass Gottlieb, trotzdem er nachträglich den Jodgehalt seiner Substanz mittheilte, ein wirksames Präparat bei seinen Thierversuchen doch nicht gehabt hat. Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen,[2]) wie schwer es ist, aus Schweineschilddrüsen das Thyrojodin zu gewinnen. Mir ist es bei Verarbeitung mehrerer 100 g Schweineschilddrüsen nicht geglückt, eine dem Jodgehalte der Drüsen entsprechende Menge an Thyrojodin zu isoliren. Indessen wird es schwer zu sagen sein, aus welchen Gründen die Versuche Gottlieb's, der an seine Aufgabe offenbar ganz unbefangen herangetreten ist, misslungen sind. Immerhin wäre es vielleicht vorsichtiger gewesen, wenn er zunächst Versuche mit demjenigen Thyrojodinpräparate gemacht hätte, für dessen Zuverlässigkeit der Darstellung er gar keine eigene Verantwortlichkeit zu übernehmen hatte.

Durch den Nachweis, dass Hunde ohne Schilddrüsen über einen Monat hindurch, ohne jede Störung, normal und gesund bleiben, wenn ihnen regelmässig Thyrojodin zugeführt wird, schwindet auch die letzte Stütze Fränkel's, welche er zu Gunsten seiner Behauptungen sehr eifrig zu verwenden sich bemüht.

[1]) Deutsch. med. Wochenschr. 1896. April.
[2]) Hoppe-Seylers Zeitschr. physiol. Chem. Bd. 22. Heft 1.

Auf die Hindeutungen Fränkel's, dass er vor mir mit der Schilddrüse sich beschäftigt oder über seine Ergebnisse etwas publicirt habe, will ich hier nicht eingehen, weil die Erörterung dieser Frage mir sachlich nicht von Belang zu sein scheint.

Referate und Bücheranzeigen.

Gesetz, die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Sachsen betreffend, vom 23. März 1896. Im Anhang: «Ausführungsverordnung dieses Gesetzes vom 23. März 1896.» In seiner Entwicklung dargestellt von Sanitätsrath Dr. med. Oscar **Heinze**, Vorstand des ärztlichen Kreisvereins und ärztlichen Kreisvereinsausschusses im Reg.-Bez. Leipzig, a. o. Mitglied des königl. sächsischen Landes-Medicinal-Collegiums. Leipzig. Verlag von Albert Berger (Serig'sche Buchhandlung) 1896.

Die Münchener medicinische Wochenschrift hat stets grosses Interesse gezeigt an den Vorgängen auf dem Gebiete des ärztlichen Standeslebens, namentlich in Bezug auf die Entwicklung der staatlichen Organisation in den einzelnen deutschen Ländern. Gerade die letzten Jahre haben auf diesem Gebiete manche Neuerung, manchen erfreulichen Fortschritt gebracht; diejenigen Staaten, welche eine geordnete staatliche Standesvertretung schon längere Zeit besitzen, haben Veranlassung genommen, die betreffenden Gesetzesbestimmungen einer Revision zu unterziehen und den Forderungen der Neuzeit anzupassen, andere Staaten haben ihre Organisation des ärztlichen Standes neu aufgebaut, nur wenige Staaten entbehren solcher Einrichtungen noch gänzlich.

Recht interessant und lehrreich ist es, aus der oben angeführten Arbeit eines der eifrigsten Mitarbeiter an den Bestrebungen der ärztlichen Standesvertretungen eine Zusammenstellung der einzelnen Organisationen in Deutschland in ihrer verschiedenen geschichtlichen Entwicklung zu finden. Wir sehen daraus, dass Sachsen, Baden und Braunschweig wohl am längsten schon staatlich geordnete Verhältnisse des ärztlichen Vereinslebens besitzen, dass sich diesen Staaten Bayern im Jahre 1872 anschloss, dann Württemberg, Hessen nachfolgte, und endlich auch Preussen im Jahre 1887 die Verordnung über die Bildung von Aerztekammern erliess. Später kam Oldenburg, in neuester Zeit hat Hamburg eine wohlausgearbeitete Aerzteordnung erlassen. Auch die Errichtung von Aerztekammern in Oesterreich im Jahre 1891 wird mit angeführt.

Die innere Organisation dieser ärztlichen Standesvertretungen ist wesentlich verschieden namentlich mit Rücksicht auf die Ausdehnung auf alle approbirten Aerzte, oder nur auf die den Vereinen angehörigen, dann mit Rücksicht auf die der Standesvertretung eingeräumten Disciplinarbefugnisse, worüber uns die Einleitung ganz interessante Mittheilungen macht.

Der Hauptzweck des Buches war, den (unterdessen zum Gesetz erhobenen und in voriger Nummer dieser Wochenschrift abgedruckten) Gesetzentwurf der Königlich sächsischen Staatsregierung näher zu beleuchten, welcher das bisher giltige Regulativ vom 29. Mai 1872 einer gründlichen Umänderung unterzog und sowohl die internen Verhältnisse der ärztlichen Vereine, ihre Competenz und Disciplinargewalt, als ihre Stellung den Staatsorganen gegenüber einer gründlichen Umarbeitung unterzogen hat.

Hierüber pflog zunächst das Landes-Medicinal-Collegium ausführliche Verhandlungen, welche uns im Auszug mitgetheilt werden. Die Plenarversammlung erklärte es in Rücksicht auf die heutige Lage des ärztlichen Standes und die aus derselben jetzt und in Zukunft in erhöhtem Maasse drohenden Gefahren für das öffentliche Wohl für dringend geboten, dass die ärztliche Standesvertretung mit gesetzlichen Berechtigungen ausgestattet werde, die ihr mehr als bisher eine Disciplinargewalt über sämmtliche Aerzte einzuräumen im Stande wäre. Im Anschluss hieran wurden die Kreisvereinsausschüsse beauftragt, mit thunlichster Beschleunigung bestimmte Vorlagen in der oben bezeichneten Richtung zu machen, dazu auch die Mitwirkung der medicinischen Facultät zu erbitten und die gewonnenen Unterlagen sodann dem k. Landes-Medicinal-Collegium zur Begutachtung zu unterbreiten.

Heinze theilt uns hierauf den Entwurf einer Disciplinarordnung mit, ebenso den einer Standesordnung, wie sie von dem Leipziger Kreisvereinsausschuss in Verbindung mit dem Zwickauer festgestellt wurden. Diese beiden Entwürfe wurden von den Bezirksvereinen des Landes durchberathen und dann vom engeren Landes-Medicinal-Collegium festgestellt. Die hieraus hervorgegangenen Wortlaute beider Verordnungen werden in extenso mitgetheilt.

Ausführlich berichtet uns Heinze sodann über die Verhandlungen des k. Landes-Medicinal-Collegiums über die beiden Entwürfe, wobei es sich hauptsächlich um den obligatorischen Beitritt zu den Bezirksvereinen und um die, diesen einzuräumende Disciplinargewalt handelte.

Schliesslich gelangte ein Gesetzentwurf «Die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Sachsen betreffend» an beide Kammern des Königreiches, und wird uns der aus diesen Verhandlungen hervorgegangene definitive Wortlaut dieses Gesetzes neben der Vorlage vorgeführt.

Wir entnehmen daraus folgende, wichtigste Punkte:

Die Vereine werden gebildet aus allen approbirten Aerzten innerhalb eines Medicinalbezirkes; nur solchen Aerzten, welche keine Praxis ausüben oder den Sanitätsoffizieren des Friedensstandes ist der Beitritt freigestellt. Der Uebertritt eines Arztes von einem Verein in einen andern unterliegt der Genehmigung der Vereine.

Approbirten Zahnärzten kann durch Vereinsbeschluss der Beitritt gestattet werden.

Die Aufgaben der Bezirksvereine werden genau präcisirt, speciell die Wahl von Delegirten zu dem in jedem Regierungsbezirk bestehenden Kreisvereinsausschuss.

Die Vereine geben sich ein der Genehmigung des Ministeriums unterliegendes Statut und eine Standesordnung.

Die Ehrengerichtsordnung wird ausführlich festgestellt, und besteht der Ehrenrath aus mindestens 3 Mitgliedern des Vereins. Die Strafen sind: Warnung, Verweis, Geldstrafen von 20 bis 1500 Mk., Aberkennung des Wahlrechtes, gegen einen Zahnarzt Ausschluss aus dem Vereine. Die Veröffentlichung der Strafe kann als Erschwerung verfügt werden.

Gegen den Beschluss des Ehrenrathes steht dem Betreffenden die Berufung an den Ehrengerichtshof zu, welcher besteht aus einem vom Ministerium des Innern zu ernennenden höheren Verwaltungsbeamten als Vorsitzenden und 4 von den Mitgliedern des Kreisvereinsausschusses gewählten Beisitzern. Erkannte Geldstrafen können nach Massgabe der Bestimmungen über Zwangsvollstreckung in Verwaltungssachen beigetrieben werden.

Dem Gesetzentwurf ist die ausführliche Begründung beigegeben, ebenso die Verhandlungen der beiden Kammern mit den Berichten ihrer Gesetzgebungsausschüsse.

Anknüpfend an die Mittheilung des definitiv festgestellten Gesetzes vergleicht Heinze dasselbe mit dem, in jüngster Zeit den preussischen Aerztekammern Seitens der k. Staatsregierung vorgelegten Entwurfe eines Gesetzes über die Ehrengerichte etc., welcher vorerst noch der Begutachtung in den Aerztekammern unterliegen wird. Eine Besprechung dieses Entwurfes ist in diesen Blättern bereits erfolgt. Ein wesentlicher Unterschied von dem sächsischen Gesetze, den auch Heinze hervorhebt, ist der, dass in Preussen auf jede Verbindung mit den bestehenden ärztlichen Standesvereinen, beziehungsweise auf den Versuch, dieselben in die ärztliche Standesvertretung einzugliedern, verzichtet worden ist. Es scheint diess kein Vorzug und bildet einen wesentlichen Unterschied zu unserer bayerischen Organisation, welche ausschliesslich auf den Vereinen basirt.

Wir sehen aus dem Heinze'schen Werkchen, welch' grosse, sogar principielle Unterschiede zwischen den Organisationen der einzelnen deutschen Staaten noch bestehen und müssen daraus die betrübende Consequenz ziehen, dass die Vereinigung all' dieser Gegensätze in einer deutschen Standesordnung, einer Aerzteordnung, nicht nur eine schwierige Aufgabe ist, sondern auch noch in weiter Ferne zu liegen scheint.

Dem Verfasser dieser Schrift aber muss Jeder dankbar sein, welcher Interesse an der fortschreitenden Entwicklung unserer Standesverhältnisse in Deutschland hat. Dr. Brauser.

General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreiche Bayern. Herausgegeben vom k. Staatsministerium des Innern, 25. Band, das Jahr 1893 umfassend. Mit 21 Ta-

bellen, 6 Kartogrammen und 5 Diagrammen. Mit einem Anhang, München 1895.

Für jeden bayerischen Arzt, welcher sich um öffentliche Gesundheitspflege kümmert, ist es längst bekannt, welchen Reichthum an Thatsachen jeder Band des General-Berichtes bringt. Es wird desshalb nicht nöthig sein, immer wieder auf den hohen Werth dieser mit jedem Jahre vervollkommneten Berichte hinzuweisen. Dass dieses Streben nach Vervollkommnung ununterbrochen fortdauert, sehen wir auch am neuesten Bande, welcher z. B. sehr lehrreiche graphische Darstellungen der Morbidität der Infectionskrankheiten im Berichtsjahre nach ihrem jahreszeitlichen Auftreten enthält. Auch dem sich vor Zahlen fürchtenden Arzte bleiben diese Curven im Gedächtniss mit den grossen monatlichen Schwankungen der Pneumonie mit dem Maximum im April und Mai und des Typhus mit den zwei Maxima im Juni und September gegenüber der fast gerade verlaufenden Curve des Kindbettfiebers.

Wie alljährlich beschränkt sich Referent auf Anführung einiger Hauptergebnisse.

Die Sterblichkeit betrug im Berichtsjahre 27,3 pro mille und war ein wenig höher, als im Vorjahre. Aber trotzdem scheint die Sterblichkeit in Bayern successive zu fallen, denn sie betrug noch im Durchschnitt der Jahre 1878—1890 29,2 pro mille. Sie hat jetzt nahezu den gleichen Stand wie in Oesterreich (1893: 27,7), wo aber die Abnahme der Sterblichkeit in den letzten 10 Jahren beinahe doppelt so gross war, wie in Bayern. Sie erreicht jedoch noch lange nicht den günstigen Stand, wie in Preussen (1893: 24,2 pro mille). Es wirkt darauf bekanntlich die hohe Kindersterblichkeit in Bayern ungünstig ein, welche ja auch die Unterschiede in der Gesammtsterblichkeit der einzelnen Kreise wesentlich herbeiführt. Im Berichtsjahre hatten die Kreise Oberfranken, Unterfranken und Pfalz in Folge ihrer geringen Kindersterblichkeit auf 1000 Lebende nur eine Sterblichkeit von 23,6, also eine noch niedrigere als die preussische, die 5 anderen Kreise dagegen eine solche von 29,3. Zum Glücke zeigt die Säuglingsmortalität eine fortschreitende Abnahme; sie betrug nur noch 26,9 auf 100 Geborene gegenüber 32,7 vor 30 Jahren. Ebenso erfreulich ist die Zunahme des Gebrauchs ärztlicher Hilfe; von den Gestorbenen waren 61 Proc. ärztlich behandelt gegenüber 56 vor 6 Jahren.

Bezüglich einzelner Krankheiten sei besonders auf die ausserordentlich eingehenden Forschungen über die Influenza-Epidemieen seit ihrem neuerlichen Auftreten hingewiesen. Eine colorirte Tafel gibt eine sehr anschauliche Darstellung der Häufigkeit der Sterbefälle an Influenza in den einzelnen Monaten vom Dezember 1889 bis Mai 1894. Nach Jahren zusammengestellt betrug diese Sterblichkeit 1889 0,9, in den folgenden 4 Jahren aber 44, $7^1/_2$, 87 und 42 auf 100,000 Lebende.

«Eine überraschend hohe Sterblichkeit, mehr als die doppelte der vorausgehenden Jahre, finden wir im Berichtsjahre für die Gehirn- und Gehirnhauterkrankungen, während die Sterblichkeit an Gehirnschlagfluss nahezu die gleiche geblieben ist».

Die Zahl der an Tuberculose Gestorbenen betrug auf 100,000 Lebende $314^1/_2$; sie ist wieder etwas höher geworden als im Vorjahre. An der Steigerung ist jedoch nur das männliche Geschlecht (340) betheiligt (das weibliche hat nur 290) und zwar vorzugsweise der rechtsrheinischen städtischen Bevölkerung. Das nordöstliche und südliche Bayern haben geringe Sterblichkeit an Tuberculose. Von den Städten haben die höchsten Ziffern Forchheim (603), Donauwörth und Straubing, von den Bezirksämtern Nürnberg (537) und Kronach, die geringsten Ebern (42). Beachtenswerth sind Mittheilungen über den Einfluss vorausgegangener Influenza-Epidemieen auf die Häufigkeit der Tuberculose-Sterbefälle (in Landsberg, Pfaffenhofen, Schwarzach), das Zurückgehen der Erscheinungen beginnender Tuberculose bei Entfernung aus der Fabrik (Dr. Kühn), die Verbreitung durch Ansteckung (in Dachau, in Neustadt a. W.-N.), über auffallenden Wechsel in der Höhe der Sterblichkeit. Bezüglich letzteren noch viel zu wenig beachteten Punktes ist z. B. anzuführen, dass im Amte Waldmünchen die Sterblichkeit auf 100,000 Lebende seit 1890 von 428 auf 135 gefallen, im nicht sehr entfernten Amte Kemnath in der gleichen Zeit von 30 auf 268 gestiegen ist. Ebenso auffallend ist gegenüber dem Vorjahre der Unterschied in dem unterfränkischen Bezirk Ebern und der Stadt Würzburg. Während dort ein Rückgang von 254 auf 42 zu verzeichnen ist, findet sich in der Stadt Würzburg eine Steigerung von 416 auf 532.

Dass selbst in einem sanitätspolizeilich gewissenhaft verwalteten Staate grobe Unterlassungen vorkommen, beweist die Mittheilung, dass in Unterfranken 36 Sterbefälle an Meningitis cerebro-spinalis angezeigt, aber nur 26 Erkrankungen gemeldet wurden.

Ueberhaupt decken die Berichte unnachsichtlich sanitäre Mängel auf. Gegen Lebensmittelverfälschungen wird mit Entschiedenheit anhaltend vorgegangen; wie nöthig dies sei, zeigen z. B. Butterverfälschungen mit ausserordentlich hohem Wassergehalt bis zu 41,7 Proc. Gegen die Verunreinigungen des Bodens möchte man dagegen vielfach ein weniger rücksichtsvolles Vorgehen wünschen. Die Consequenz dürfte verlangen, dass, wenn grossartige Summen in unseren Städten für Canäle ausgegeben werden, es dann hinwieder nicht Einzelnen erlaubt bleibe, nicht nur durch durchlässige Abtritte, sondern auch in Ställen, selbst in Ställen in Kellern, durch die Abgänge von Säugethieren und Geflügel den Boden ungestört weiter zu verunreinigen. Es ist darum schon als Fortschritt zu begrüssen, dass in der Stadt Regensburg wenigstens «das gewerbsmässige Halten von Geflügel in den Kellern, das zur Bodenverunreinigung und Verschlechterung der Luft in den betreffenden Häusern Veranlassung gab», nunmehr auf amtsärztliche Anregung nach ortspolizeilicher Vorschrift von besonderer magistratischer Genehmigung abhängig ist. Dagegen ist es wahrlich kein Ruhm, dass in der Stadt Schweinfurt die bereits vom Magistrat als dringend nothwendig erkannte Verbesserung der notorisch schlechten Trink- und Nutzwasserverhältnisse noch immer an dem Widerstand der Gemeinde-Collegien scheitert, welcher damit motivirt wird, dass bisher durch den Genuss und Gebrauch des Wassers noch keine üblen Folgen entstanden seien; auch nicht, dass die Stadt Schongau es abgelehnt hat, die Beseitigung undichter Dunggruben vorzunehmen.

Am Schlusse ist dem diesjährigen Bande eine ausführliche Darstellung der Influenza-Epidemie von 1893/94 und eine Zusammenstellung der Milzbranderkrankungen in Bayern beigefügt, soweit diese in den letzten 40 Jahren bekannt geworden sind.

Möge es dem Referenten erlaubt sein, einige Bemerkungen beizufügen. Ueberzeugt von dem grossen Nutzen der medicinischen Statistik, möchte er doch darauf aufmerksam machen, dass auch auf ihrem Gebiete das Bessere bisweilen der Feind des Guten ist und er möchte sich der Bezirksärzte annehmen, umsomehr, als er nicht pro domo spricht. Könnte diesen nicht manche Arbeit erlassen werden, welche theils, wie die Zusammenstellung der Geburten, der Haltekinder, auch von Nichtärzten besorgt, theils überhaupt ohne nennenswerthen Schaden erlassen werden könnte, wie die Jahr für Jahr verlangte Berechnung der verschiedenen Arten geburtshilflicher Operationen oder der Zahlen der verschiedenen ausgeführten Amtsgeschäfte? Die genaueren Angaben über Selbstmorde und Unglücksfälle könnten von den Gemeinden direct an das Bezirksamt oder das statistische Bureau eingesandt werden, ohne dass die Bezirksärzte besondere Listen für diese anfertigen müssten. Unter den jetzigen Verhältnissen, da der Amtsarzt seine zahlreichen statistischen Arbeiten neben den vielen sonstigen, gerade nach Neujahr sich häufenden Geschäften in der Zeit bis etwa Mitte März erledigen muss, wird auch der gewissenhafteste unzweifelhaft dazu kommen, weniger auf gute, als auf schnelle Erledigung hinzuarbeiten.

Es ist erfreulich, dass vor Kurzem den Bezirksärzten die jährlichen Berichte über die Pfuscher erlassen worden sind; möchte man auf diesem Wege fortschreiten und neben den neu sich aufdrängenden Fragen und neben den neuen Hilfsmitteln, wie den Mittheilungen der Krankenkassen, auf die fortgesetzte Bearbeitung weniger dringender Fragen verzichten. Dann würde den Amtsärzten grössere Ruhe und Befriedigung bei ihren Arbeiten zu Theil, dann würde bei ihnen und den anderen Aerzten der Sinn und die Freude für statistische Arbeiten geweckt und wenn endlich einmal auch die bayerische Post sich herbeilassen würde, alle ärztlichen Krankheitsmeldungen umsonst zu befördern (in der Schweiz erhält der Arzt für eine ausgestellte Diphtherie-Zählkarte noch 1 Franken Honorar!), dann würde die so wichtige Morbiditätsstatistik viel mehr Mitarbeiter finden und werthvollere Resultate liefern.

Das statistische Bureau selbst dürfte vielleicht auf die zeitraubende Bearbeitung vieler Details ohne Schaden verzichten, so auf die über die Zwillingsschwangerschaften, die Selbstmorde, z. B. bezüglich des Ortes der Verübung derselben, auf viele Details der Irrenhausstatistik.

Dagegen möchte Referent noch darauf hinweisen, dass viele Weitläufigkeiten und Ungenauigkeiten bei Ausführung der gefürchteten Tabellen IIIa und b vermieden würden, wenn für jeden Selbstmord, jeden Unglücksfall und Mord ein besonderer Leichenschauschein, auch nach Erlaubniss der Beerdigung durch die zuständige Gerichtsbehörde, wie für jeden anderen Todesfall obligatorisch ausgestellt werden müsste, während der Bearbeiter der Sterblichkeitstabellen diesen jetzt oft, und zwar meist zu spät, vermisst. Die Leichenschauscheine sollen doch in erster Linie nicht der Justiz, zur Verhütung von Verbrechen, sondern, was viel wichtiger ist, der öffentlichen Gesundheitspflege zur Erkennung der sanitären Verhältnisse dienen. Kolb-Kaiserslautern.

Sanitätsbericht über die kgl. bayerische Armee für die Zeit vom 1. April 1891 bis 31. März 1893, bearbeitet von der Medicinalabtheilung des kgl. bayer. Kriegsministeriums. Mit 3 Abbildungen und 5 graphischen Darstellungen. München 1896.

Die beiden Berichtjahre weisen 117 792 Neuerkrankungen auf, um 101,5 ‰ weniger als die Rapportjahre 1889/90 und 1890/91. Der durchschnittliche tägliche Krankenstand beträgt 4 Proc. der Garnisonsstärke, die Behandlungsdauer des Durchschnittskranken 12 Tage. Die Erkrankungsformen sind nach dem bekannten Schema in 14 Gruppen getheilt. Wir entnehmen einzelnen Gruppen Folgendes:

Allgemeine Erkrankungen. Echte oder modificirte Pocken wurden nicht beobachtet, ebenso kamen weder Epidemien von

Scharlach noch von Typhus oder Genickstarre vor. An Gelenkrheumatismus erkrankten 1682 Mann. 30 Proc. des Zugangs hatten Gelenkrheumatismus bereits vor dem Diensteintritte. Es bildet dieser Umstand eine dringende Aufforderung, bei der Musterung der Rekruten kurz vor ihrem Eintritte bei ihren Truppentheilen diejenigen vom Dienste in der Front auszuschliessen, welche erwiesenermassen im Civilleben einen acuten schweren Gelenkrheumatismus schon durchgemacht haben. Vergleichende Zusammenstellungen mit den übrigen Corps der deutschen Armee ergeben, dass insbesondere die westlichen und südwestlichen Corps darunter zu leiden haben.

Interessante Abhandlungen und Vorträge von Generalstabsarzt Dr. Vogl «Ueber die Körperwärme und die Therapie in den verschiedenen Stadien der Cholera», sowie «Ueber den Hitzschlag bei den Truppentheilen» sind der Gruppe beigegeben.

Krankheiten des Nervensystems. Die Frequenz der Geisteskrankheiten in der bayerischen Armee ist in den letzten 20 Jahren in stetem Ansteigen. Die ungünstigste Krankheitsziffer hat das Jahr 1891/92, dieselbe ist fünfmal so gross als die des günstigsten Jahrganges 1875/76 (0,82 gegen 0,16 ‰)

Krankheiten der Athmungsorgane. Während die Morbiditätsziffer der Pneumonie ganz bedeutend gesunken ist, ist die Mortalität annähernd die gleiche geblieben, wie in den Vorjahren. Operationen am Thorax wegen Ergüsse wurden 79 vorgenommen und zwar 36 Punctionen, 19 Schnitte, 24 Rippenresectionen mit einer Gesammtmortalität von 20 Proc. Die Morbiditätsziffer der Lungen-Schwindsucht ist gegen die Vorjahre um 1‰ zurückgegangen.

Krankheiten der Ernährungsorgane. Dieser Gruppe ist eine interessante Abhandlung über Ernährungsverhältnisse der Mannschaften beigegeben. Die Nährwerthbestimmungen und Wochenspeisezettel lassen erkennen, dass sowohl von Seiten der obersten Militärbehörde, als auch Seitens der Truppentheile der wichtigen Frage der Ernährung des Soldaten grösstmöglichste Aufmerksamkeit zugewendet wird. In Folge zweckmässiger Abwechslung des Speisezettels wurde die Menage mit Appetit genossen, um so mehr, als die Küchenzettel den nationalen Eigenthümlichkeiten möglichst Rechnung tragen

Jm August 1892 rief eine plötzlich auftretende Epidemie von Brechdurchfall Massenerkrankungen in der Garnison Dieuze hervor. In allen Fällen (210) trat meist nach wenigen Tagen Genesung auf.

Augenkrankheiten. Wegen contagiöser Erkrankung traten 112 Mann in Behandlung und zwar 102 wegen granulirender, 10 wegen blennorrhoischer Bindehautentzündung. Diese äusserst hohe Zugangsziffer ist in Epidemien begründet, welche in Garnisonen der Pfalz und von Elsass-Lothringen vorkamen. Ueber einen sehr seltenen Fall einer atypischen, angebornen Regenbogenhautspalte (Coloboma iridis) berichtet Oberstabsarzt Dr. Seggel in eingehender Weise. Augenoperationen verschiedenster Art wurden 57, fast sämmtliche von Oberstabsarzt Dr. Seggel vorgenommen.

Ohrenkrankheiten. Die Zahl der Ohrenkranken ist auch in diesen Berichtjahren gewachsen. Der Wilde'sche Schnitt musste 9mal, die Eröffnung der Zellen des Warzenfortsatzes durch Aufmeisseln des Knochenmantels 6mal (Oberstabsarzt Dr. Hummel) vorgenommen werden.

Mechanische Verletzungen. Die Morbidität auch dieser Gruppe weist ein Anwachsen des Zuganges auf. In der Operationstabelle sind 17 grössere operative Eingriffe, zumeist aus der chirurgischen Abtheilung des Garnisonslazarethes München, darunter eine Resection nach Mikulicz-Wladimiroff und 6 Trepanationen aufgeführt.

Schussverletzungen überhaupt in und ausser militärärztlicher Behandlung — einschliesslich der Selbstmorde und Unglücksfälle — kamen 155 vor. Interessant ist, dass auch dieser Bericht (gleich dem preussischen und österreichischen Berichten) einen Fall von Tetanus verzeichnet, nach einer Schutzverletzung mit einer Platzpatrone.

Die Mortalitätsziffer für die gesammte Berichtsperiode (2,17‰ der Behandelten und 2,37‰ der Iststärke) sowie für die einzelnen Jahre sind fast die gleichen wie in den Vorjahren. Der anderweitige Abgang (57,44‰ der Behandelten, 62,74‰ der Iststärke) hat im Vergleiche mit dem letzten Berichtszeitraume (z. B. 1889/91 42,36‰ der Behandelten, 51,42‰ der Armee-Iststärke), in welchem durch besondere Umstände (Grippe-Epidemien, Tuberculin-Frage) eine unverhältnissmässige Zunahme zu constatiren war, noch weiter zugenommen. Die Erklärung für diese Thatsache dürfte in dem Umstande zu suchen sein, dass die Grippe-Pandemie von 1889/90 auch in der Berichtsperiode 1891/93 noch eine Menge Abgänge bewirkte, während ausserdem 1891/92 eine neue Grippe-Epidemie herrschte.

Der Raum, welcher diesem Referate gegeben ist, erlaubt es leider nicht, auf die vielen interessanten Einzelheiten des Berichtes einzugehen, ich verweise diesbezüglich auf das Original, insbesondere aber auf die werthvollen, fast jeder Krankheitsgruppe beigegebenen, vergleichenden Tabellen der preussischen, österreichischen, italienischen, französischen, englischen, belgischen, holländischen und spanischen Armee.

Der vorliegende Bericht schliesst sich in Bezug auf Reichhaltigkeit des Materiales und Sorgfältigkeit der Bearbeitung ebenbürtig den Vorausgegangenen an. S.

36. Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1894. Leipzig 1895.

Wie im vorigen Jahre möchten wir auch in diesem Jahre die Aufmerksamkeit auf diese sehr eingehenden Berichte lenken, wenn dieselben auch weniger ausführlich den Zustand der Gesundheitsverhältnisse des Landes, als die Sanitäts-Verwaltung behandeln. Die Darstellung der einzelnen Maassnahmen zur Beseitigung von Missständen und zur Pflege der öffentlichen Gesundheit ist um so lehrreicher, als es sich um ein hervorragend dicht bevölkertes und gewerbreiches Land handelt, welches dadurch entsprechende Eigenthümlichkeiten bietet. Es sei hier auf die Abschnitte über Reinhaltung von Boden, Wasser und Luft, darin namentlich auf die Mittheilungen über den Betrieb der grossen Leipziger Dünger-Export-Gesellschaft, Fäcalienverdampfung, Kläranlagen für die Leipziger Schleussenwasser und Abwasser von Fabriken hingewiesen. Sehr lesenswerth sind ferner die Untersuchungen über Heizung und Lüftung in den Dresdener Schulen, den nach Zeit und Ort wechselnden Kohlensäure-Gehalt der Luft in den Dresdener Strassen, die Mittheilungen über Bleivergiftung im Schulhause zu Wald und über die Zahl der epileptischen Schulkinder. Die letzteren sind in den Städten häufiger, als auf dem Lande; ihre Zahl hat aber im Ganzen in den letzten 5 Jahren abgenommen.

Eine bemerkenswerthe Angabe findet sich S. 76, nämlich dass die Sterbeziffer der Invalidenrentner in den letzten 3—4 Jahren 29,0 Proc., die der Altersrentner nur 16,1 Proc. betragen hat. Obwohl die Art der Berechnung nicht ganz klar und zweckmässig erscheint, dürfte doch daraus hervorgehen, dass man bei Ertheilung der Invalidenrente im Ganzen strenge Anforderungen stellt.

Zum Schlusse sei nur noch kurz über die Sterblichkeit im Jahre 1894 berichtet. Sie war mit 23,5 pro mille die geringste bisher beobachtete und dieses günstige Verhältniss bleibt auch, wenn man nur die über ein Jahr alte Bevölkerung berücksichtigt. In den grösseren Städten mit über 8000 Einwohnern betrug die Sterblichkeit gar nur 21,8 pro mille; sie ist hier bedeutend kleiner, als in den kleineren Städten und auf dem Lande, ein Verhältniss, welches theilweise von der verschiedenen Vertheilung der Altersklassen herrühren mag, zu einem Theile aber gewiss der öffentlichen Gesundheitspflege zuzuschreiben sein wird. Kolb.

Ueber Hemeralopie, speciell acute idiopathische Hemeralopie von **Dr. Hans Krienes,** Stabsarzt. Mit 7 Tafeln und 17 Textabbildungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Im vorliegenden Buch hat Verfasser auf Grund genau beobachteter und eingehend dargestellter Krankheitsfälle seine Anschauungen über das Wesen und die Ursachen der Hemeralopie entwickelt und kommt zu folgenden wohlbegründeten Schlüssen:

Die nähere Ursache der acuten Hemeralopie ist zu suchen in einer Gleichgewichtsstörung zwischen Dissimilirung und Assimilirung der Sehstoffe, und da man unter der Befähigung, sich in diesem Gleichgewichtszustand zu erhalten bezw. sich in ihn zu versetzen, nach Hering die Adaption versteht, so liegt das Wesen der Hemeralopie in einer Störung der Adaption. Fasst man diese als einen Vorgang auf, welcher das Auge befähigt, seine Functionen dem herrschenden Helligkeitsgrade anzupassen, so deckt sie sich mit dem Begriff der Assimilirung, d. h. der Restitution des durch den Vorgang der Dissimulirung angegriffenen Sehstoffvorrathes. Im hemeralopischen Auge ist also die Schwerthproduction verlangsamt.

Die H. ist nun entweder ein angeborener Zustand und dann genügen schon geringe Blendungsursachen beziehungsweise geringe Helligkeitsgrade, um den Gleichgewichtszustand zwischen Assimilirung und Dissimulirung zu stören, oder ein erworbener, im Gefolge allgemeiner Ernährungsstörung, einer Organerkrankung etc. etc. Blendung und Ernährungsstörung sind also die Ursachen der H., indem sie derartig mit einander Hand in Hand gehen, dass man nur, wenn eine der beiden ganz excessiv ausgesprochen und daneben die andere zurücktritt oder ganz ausgeschlossen ist, von einer reinen Blendungshemeralopie oder in einzelnen Fällen von einer Hemeralopie durch Ernährungsstörung wird sprechen können.

In diesem Sinne ist als Blendungshemeralopie die durch Sonnen- und Schneeblendung, ferner bei Feuerarbeitern beziehungsweise bei Bergleuten auftretende aufzufassen, während zur zweiten Kategorie die nach längerem Fasten, ungeeigneter und mangelhafter Ernährung in Arbeits-, Waisenhäusern und Gefängnissen, bei mangelnder Nachtruhe, nach schwächenden Krankheiten, bei constitutionellen und dyskrasischen Leiden — wobei wohl den Lebererkrankungen etwas grössere Beachtung zu schenken gewesen wäre — beobachtete H. gehört.

Eine besondere Erklärung gibt Verf. für die bei Soldaten nicht selten auftretende acute H., ohne dass schlechte Ernährung oder aussergewöhnliche Blendung als Ursachen anzuschuldigen wären. Er sieht nämlich hier mit Recht als Ursache die straffe Haltung an, bei welcher dem künstlich festgehaltenen Auge die gewöhnlichen Erholungsmomente fehlen, indem weder durch Blinzeln, noch durch Bewegung des Auges den exponirten Netzhautstellen eine Erholung gewährt wird. Als weitere Ursache zieht Verfasser auch die enge Halsbekleidung an, welche durch Blutstauung gleich einem auf das Auge ausgeübten und die Ernährung der äusseren Netzhautschichten störenden Druck wirkt.

Das grösste Interesse an der K.'schen Arbeit bietet nun die Mittheilung des ophthalmoskopischen Befundes, durch welchen in 25 von 29 Fällen idiopathischer H. ein mehr oder weniger ausgesprochener Mangel des retinalen Pigmentes und damit eine anatomische Disposition zu H. nachgewiesen wird. Diese Pigmentarmuth kann angeboren sein, sie kann in Folge localer resp. allgemeiner Erkrankungen erworben werden. Als Repräsentant des angeborenen Pigmentmangels gilt der Albinismus, als erworbener in Folge localer Erkrankung ist die im Gefolge von Senescenz, progressiver Myopie, dann bei Chorioiditis disseminata und Retinitis pigmentosa auftretende H. anzusehen.

Noch einen weiteren interessanten ophthalmoskopischen Befund berichtet uns Verfasser, nämlich ein nach vorausgegangener intensiver Blendung aufgetretenes circumpapilläres Netzhautödem, welches besonders auf der temporalen Seite ausgesprochen war und sich bis in die macula lutea erstreckte. Die Netzhauttrübung begleitete die grossen Gefässe auch noch in Form weisser Streifen, die Venen erschienen entschieden stärker gefüllt, als dies bei einer späteren Untersuchung der Fall war. Verfasser ist geneigt, diesen in 4 Fällen beobachteten Befund als directe Folge der Blendung anzusehen und meint, dass derselbe viel häufiger constatirt werden würde, wenn er nicht ein so rasch vorübergehender wäre.

Die höchst beachtenswerthe Schrift von Krienes stimmt in den Grundanschauungen viefach mit der in No. 6 dieser Wochenschrift besprochenen und im gleichen Verlage erschienenen Arbeit von Wilbrand: «Die Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes unter normalen und pathologischen Bedingungen» überein, so zwar, dass beide Arbeiten sich zu einer ziemlich erschöpfenden und klärenden Darstellung ergänzen. Während W. mehr das nervöse Auge berücksichtigt und die Hemeralopie nur anhangsweise bespricht, kommt K. auf erstere nur gelegentlich zu sprechen, hebt aber ganz bedeutsam hervor, dass die Störungen, welche der Hemeralopie zukommen, nämlich: die Herabsetzung der centralen Sehschärfe, die flüchtigen paracentralen Skotome, das Verschwinden des Fixationsobjectes, der Verschiebungstypus und die Einengung des Gesichtsfeldes, besonders der Blaugrenzen, Ermüdungssymptome sind, welche wir in gleicher Weise bei der Anaesthesia retinae vorfinden. K. hätte noch hinzufügen können, dass auch die Herabsetzung der Lichtempfindlichkeit und die — allerdings nicht so constante — paradoxe Erscheinung der anscheinenden Ueberempfindlichkeit gegen Licht (Nyctalopie) zu diesen gemeinsamen Symptomen gehören.

Bei dieser Gemeinsamkeit der Symptome und nachdem Wilbrand mit guter Begründung den Symptomencomplex der nervösen Asthenopie, soweit er sich auf die gestörte Lichtempfindlichkeit bezw. Adaption bezieht, zunächst in die äussere Netzhautschicht verlegt, gewinnen die ophthalmoskopischen Befunde K.'s grosse Bedeutung für die Hemeralopie. Es wäre also bei letzterer die Störung in den äusseren Retinalschichten selbst, bei der nervösen Asthenopie in den centrifugalen optischen Nervenbahnen, welche die Stoffwechselvorgänge in eben dieser äusseren Netzhautschicht analog den Drüsennerven beeinflussen, zu suchen.

Die Krienes'sche Arbeit ist ebenso wie die Wilbrand'sche von der rühmlichst bekannten Verlagsbuchhandlung vorzüglich, insbesondere auch in Bezug auf die Anforderungen der Augenhygiene an einen guten grossen Druck und gutes Papier ausgestattet worden.

Seggel.

Prof. Dr. L. Holländer: Das Füllen der Zähne. III. neu bearbeitete Auflage. 200 Seiten. Leipzig, bei Arthur Felix 1896.

Eine kurze und gute Anleitung im Füllen cariöser Zähne. Sie macht uns bekannt mit dem hauptsächlichsten Instrumentarium und seiner Handhabung, der Vorbereitung cariöser Höhlen zur Aufnahme der Füllung, mit den gebräuchlichsten Füllungsmaterialien und deren Anwendung bei den verschiedenartigsten Defecten. Das Capitel über die Behandlung erkrankter oder verletzter Pulpen dürfte nicht allgemein Anklang finden. Die Darstellung des ganzen Gebietes ist klar und deutlich, so dass der Anfänger reiche Unterstützung und der, welcher nur wenig praktische Erfahrung im Plombiren hat, leicht Rath und Hilfe finden kann; desshalb sei das Buch, bei dem mit Recht sich steigernden Bedürfnisse nach Conservirung der Zähne, auch dem praktischen Arzte angelegentlichst zum Studium empfohlen. Brubacher-München.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 30. Band, 1. und 2. Heft.

1) Strübing-Greifswald: **Ueber Neurosen der Athmung (Spanopnoe und Thachypnoe).**

Verfasser bespricht 2 Neurosen der Athmung und theilt hiezu 4 selbstbeobachtete Fälle mit. In den beiden ersten von diesen handelte es sich um die «Spanopnoe» (von ἡ σπάνις, die Seltenheit), eine anfallsweise auftretende Verlangsamung und Vertiefung der Athmung, welche wie bei dem ersten Falle sich bis zur Orthopnoe steigern kann und mit dem Gefühl der Dyspnoe und Angst verbunden ist. Die Spanopnoe ist nach Verfasser als eine Hemmungsneurose zu betrachten, welche bei Fall I durch Reizung der athmungshemmenden Fasern des N. laryng. super. in Folge des Schluckactes, bei Fall II als Pseudoasthma durch die Reizung der Trigeminusendigungen in der Nase in Folge eines chronischen Nasenleidens ausgelöst wurde. Die zweite Form, die Tachypnoe, durch Zunahme der Frequenz und Abnahme der Tiefe der Athemzüge gekennzeichnet und ebenfalls anfallsweise auftretend, war bei Fall III und IV zu beobachten. Sie wurde bei Fall III durch ein Uterinleiden hervorgerufen, nach dessen Beseitigung die Anfälle sistirten, und bei Fall IV war sie auf dem Boden allgemeiner Nervosität entstanden. Zum Schlusse erwähnt Verfasser noch andere Neurosen der Athmung, die Krämpfe der Inspirations- und Exspirationsmuskeln und den Spasmus glottidis und geht auf die in der Literatur beschriebenen Fälle ein, welche den beiden ersten ähnliche Bilder zeigen.

2) R. Sievers: **Balantidium coli, Megastoma entericum und Bothriocephalus latus bei derselben Person.** (Aus dem städtischen Krankenhaus in Helsingfors.)

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines 19jähr. Gärtners mit, der gleichzeitig an den oben genannten 3 Darmparasiten litt. Durch die Abtreibung zweier Bothriocephalen durch Extr. filic. und durch Arsenik wurde die starke Anämie beseitigt, hierauf durch Chininklystiere (15,0 Chinin sulfur. auf 1500,0 Wasser) nach vorhergehender Vorbereitung des Darmes durch Wasser- und Emsersalzklystiere (15,0 auf 1500,0 Wasser) die Balantidien auszurotten versucht, was nicht vollkommen gelang, da der Patient nach dreiwöchentlicher Cur das Krankenhaus verliess; die Megastomen wurden durch die Chininbehandlung nicht vermindert.

3) D. Gerhardt: **Ueber inspiratorische Einziehungen am Thorax.** (Aus der med. Klinik zu Strassburg.)

Inspiratorische Einziehung in den unteren Theilen der Brustwand kommt durch die Contraction des Zwerchfells nach Duchenne bei sonst normaler Beschaffenheit der Athemwege zu Stande, wenn die Bauchorgane, speciell die Leber, dem Zwerchfell nicht mehr dicht anliegen oder wenn ein Heben der unteren Rippen nicht möglich ist. Verfasser beobachtete nun bei Frauen mit Enteroptose Auftreten von inspiratorischen Einziehungen durch Phrenicusreizung. Ferner sind inspiratorische Einziehungen häufig zu beobachten bei Emphysem, Skoliose und wenn durch Volumszunahme des Unterleibs die unteren Rippen nach oben und auseinander gedrängt werden, und ist sie dann durch die Unmöglichkeit, die unteren Rippen zu heben, zu erklären.

4) O. Thiele und O. Nehring: **Untersuchungen des respiratorischen Gaswechsels unter dem Einflusse von Thyreoideapräparaten und bei anämischen Zuständen des Menschen.** (Aus der I. med. Klinik Leyden's in Berlin.)

Die Verfasser, welche die älteren diesbezüglichen Untersuchungen nicht berücksichtigen, suchten mit dem Zuntz-Geppert'schen Apparate

einen Einblick in den Gaswechsel bei Thyreoideafütterung und bei anämischen Zuständen zu gewinnen. Sie fanden Steigerung der O-Aufnahme nach Thyreoideafütterung, während die CO_2-Ausscheidung beträchtliche Schwankungen zeigte, und schliessen demnach auf eine Steigerung der Oxydationsprocesse. Bei Chlorosen fanden sie normale Grösse der O-Aufnahme, bei schweren secundären Anämien in Folge von Abort, Hämorrhoidalblutungen und Blutungen durch Ulcus ventric. eine Steigerung der O-Aufnahme

5) G. Sticker: **Beiträge zur Hysterie; hysterischer Magenschmerz, hysterische Athmungsstörungen.** (Aus der med. Klinik Riegel's in Giessen.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

6) A. Schiff: **Ein Fall von Haematomyelie des Conus medullaris, nebst differentialdiagnostischen Bemerkungen über Erkrankungen der Cauda equina und des Conus medullaris.** (Aus der III. med. Klinik von Schrötter in Wien.)

Verfasser theilt ausführlich die Krankengeschichte eines Falles mit, bei welchem in Folge eines Sturzes auf die Füsse und das Kreuz Herabsetzung der Sensibilität in allen Qualitäten symmetrisch über dem Kreuzbein, der Regio glutaea und der inneren Hälfte der Hinterseite der Oberschenkel, des Perinaeums, der Analgegend und der hinteren Seite des Scrotums, Decubitus am Kreuzbein, Blasen- und Mastdarmstörungen, Fehlen des Achillessehnenreflexes sich vorfanden, während die übrigen Reflexe und die Motilität intact waren. Diese Symptome erklären sich aus einer Verletzung der 3 letzten Sacralnervenwurzeln und des Steissnerven oder des Conus medullaris vom ersten Lendenwirbel abwärts gerechnet. Zur Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Affectionen lässt sich das Fehlen von heftigen ausstrahlenden Schmerzen verwerthen, welches für eine Läsion des Conus spricht. In den beiden durch die Section bestätigten Fällen, welche in der Literatur verzeichnet sind, fehlten in der That stärkere Schmerzen, ebenso bei dem vom Verfasser mitgetheilten, so dass er die Diagnose auf eine Affection des Conus, eine Haematomyelie derselben (wegen des plötzlichen Beginnes nach einem Trauma) stellen zu müssen glaubt. Gegen das Vorliegen einer bloss functionellen Störung, einer traumatischen Neurose, spricht die Reinheit des Bildes und das Fehlen anderweitiger functioneller Störungen, wie der allgemeinen Reflexsteigerung.

7) Lots-Friedrichsroda: **Ueber die Wichtigkeit der centripetalen Erregungen für den menschlichen Körper.**

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet

8) J. Epstein: **Blutbefunde bei metastatischer Carcinose des Knochenmarkes.** (Aus der Klinik Neusser's in Wien.)

Verfasser bespricht den Blutbefund einer Patientin, bei welcher im Anschluss an einen Scirrhus der linken Mamma ausser Metastasen in der anderen Mamma, den Lymphdrüsen, den Tonsillen, der Pleura, der Magenschleimhaut, sich solche auch in dem Knochenmark verschiedener Knochen entwickelt hatten: die Erythrocyten von sehr verschiedener Grösse, von 5—15 μ wechselnd; sehr viele kernhaltige rothe Blutkörperchen, zahlreiche Megaloblasten mit den abenteuerlichsten Kernformen, durch Zerfall der Kerne bedingt; starke Polychromatophilie der Erythrocyten; die Leukocyten stark vermehrt, namentlich viele grosse mononucleäre Formen mit neutrophiler Granulation, Markzellen, und äusserst wenige eosinophile Leukocyten. Diese Leukocytose ist nach dem Verfasser nicht allein aus dem Bestehen eines Carcinoms an sich, sondern aus der Betheiligung des Knochenmarkes zu erklären, in welchem es, wie Fälle der Literatur zeigen, zu einer atypischen Wucherung des blutbildenden Gewebes kommen kann.

9) H. Rosin: **Acute Myelitis und Syphilis.** (Aus der III. medicinischen Klinik und Poliklinik Senator's in Berlin.)

Im Anschluss an den klinischen und anatomischen Befund bei einem 41 jährigen Tischler, welcher an einer Myelitis auf syphilitischer Basis zu Grunde ging, bespricht Verfasser die bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle, und geht auf die klinischen und anatomischen Besonderheiten der syphilitischen Myelitis näher ein.

Hiernach ist der syphilitischen Myelitis ein Wechsel der Symptome, ein remittirender Verlauf eigenthümlich. Ferner ist hervorzuheben die starke Incongruenz zwischen den Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen und das regelmässige Vorhandensein eines Prodromalstadiums, das sich von dem bei acuter nicht luetischer Myelitis durch Folgendes unterscheidet: Es dauert in der Regel längere Zeit, mehrere Monate, sogar Jahre. Die Symptome sind sehr wechselnd, kommen und verschwinden wieder und haben an Stellen ihren anatomischen Sitz, an denen späterhin der eigentliche myelitische Herd sich nicht entwickelt. Die Blasen- und Mastdarmstörungen treten häufig schon im Prodromalstadium auf, die Patellarreflexe zeigen ein schwankendes Verhalten, sind bald erhöht, bald abgeschwächt oder fehlen, kehren plötzlich wieder oder verschwinden plötzlich. Das Prodromalstadium entspricht dem von Oppenheim beschriebenen Bilde der Syphilis des Centralnervensystems oder der von Erb beschriebenen syphilitischen Spinalparalyse.

Histologisch ist die Myelitis auf luetischer Basis charakterisirt durch die Veränderungen der Gefässe, namentlich der Meningealgefässe. Letztere sind in grosser Ausdehnung durch Wucherung der Intima hochgradig verengt und stellenweise ganz verschlossen, während innerhalb des Rückenmarkes auch prall gefüllte Gefässe zu sehen sind. Diese Veränderungen sind innerhalb des ganzen Rückenmarkes vorhanden und an der Stelle des eigentlichen myelitischen Herdes am stärksten; sie bedingen eine Ernährungsstörung welche dann zu dem histologisch und klinisch als acute Myelitis zu bezeichnenden Processe führen. Was die Zeit zwischen dem Auftreten der Prodromalerscheinungen und dem der luetischen Secundärerscheinungen anlangt, so schwankt dieselbe von einigen Tagen bis zu mehreren (in einem Falle 11) Jahren. Die Prognose ist nicht absolut infaust zu stellen.

10) J. Ruhemann-Berlin: **Ueber die klinische Anwendung der jodsauren Verbindungen.**

Verfasser berichtet über seine Erfolge mit der Anwendung des jodsauren Natriums, Lithiums, Silbers, Strontiums, Zinks, Quecksilberoxyds und -oxyduls,* des jodsauren Chinins, Strychnins, Codeins, Hyoscins und Atropins. Bei chronischer Bronchitis, bei Asthma und bei Emphysem war die innerliche Anwendung des jodsauren Natriums in Pillen à 0,15, 3—6 Stück täglich, bei rheumatischen Affectionen die subcutane Injection (von 5 proc. Lösungen, 1—3 Spritzen täglich), ebenso bei den neuralgischen Affectionen, bei peripheren Lähmungen von gutem Erfolg begleitet, ohne dass gleichzeitig bestehende Herzleiden verschlimmert wurden. Jodsaures Silber in Pillen à 0,01 (mit Bolus alba oder Pulv. rad. et succ. Liquir.) wirkte günstig bei Appetitlosigkeit, acuter und chronischer Diarrhoe und Darmblutungen, das Lithium jodicum in Pillen in Dosen à 0,15—0,25, 2—3 mal täglich bei Arthritis urica; das jodsaure Strontium und das jodsaure Zink ist in Pulverform geeignet für die äusserliche Anwendung und für die Nasenbehandlung; das jodsaure Quecksilberoxyd und Quecksilberoxydul mit Jodkalium oder Kochsalz zusammen (0,1 jodsaures Quecksilberoxyd, 0,08—0,1 g Jodkalium oder 0,05 Kochsalz auf 10,0 Wasser zur Injection; intern in Pillen à 0,01, 3 mal täglich 1 Stück) zur Behandlung der Lues (Früh- und Spätformen); das jodsaure Chinin zeigte in 5 proc. Lösung subcutan injicirt (1—2 Spritzen) und in Pillen à 0,05, 3 mal täglich 1 Stück, Erfolg bei Neuralgien, bei Neurasthenie; das jodsaure Codein wirkte schmerzlindernd und hustenstillend in Dosen von 0,04—0,075 (4—5 proc. Lösung) subcutan injicirt; das jodsaure Hyoscin wurde subcutan in Dosen bis 0,00015 (!) bei Tic convulsif, bei Tremor, ferner als Hypnoticum und Antiasthmaticum und Anthidroticum in Pillen à 0,0002, 1—3 Stück täglich, mit Erfolg angewendet; das jodsaure Strychnin 0,005—0,006 subcutan ist als Nerventonicum; das jodsaure Atropin in 0,05—0,15 proc. Lösung als Mydriaticum brauchbar.

11) O. Rommel: **Die Ausscheidung der Alloxurkörper bei Gicht und Schrumpfniere.** (Aus der I. med. Klinik Leyden's in Berlin.)

Die Untersuchungen des Verfassers an einem Falle von chronischer Gicht mit Gichtniere und an einem Fall von genuiner Schrumpfniere aus unbekannter Ursache ergaben keine Vermehrung der Alloxurkörper bei der chronischen Gicht, dagegen starke Vermehrung der Alloxurkörper, besonders der Harnsäure, bei dem 2. Fall, der Schrumpfniere. Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1896, No. 19.

E. Freund und S. Grosz: **Ueber die Beziehungen von Albumosen zur passiven Immunisirung.** (Aus der k. k. Krankenanstalt «Rudolfstiftung» in Wien.)

Aus den Versuchen der Verfasser geht hervor, dass die Albumosen bereits in relativ geringen Mengen den specifischen Antitoxinen analoge Wirkungen zu entfalten vermögen. Trotzdem stehen sie bezüglich ihrer Concentration noch weit vom Heilserum ab. Damit stehen die jüngst veröffentlichten Resultate von Brieger und Boas in Einklang, welche an der aus dem Diphtherieserum isolirten wirksamen Substanz keinerlei Eiweiss- und Albumosereaction nachweisen konnten. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1896, No. 19.

Dr. A. Henle: **Ein Fall von ischämischer Contractur der Handbeugemuskeln geheilt durch Verkürzung der Vorderarmknochen.**

Mittheilung eines Falles (9 jähr. Knabe) der Breslauer Klinik, bei dem im Gefolge einer im Gypsverband behandelten Vorderarmfractur Beugecontractur eintrat und das Vorhandensein eines Ulna und Radius verbindenden Callus die Vornahme einer Operation sowieso erforderte. H. resecirte je 1½ cm der Knochen (Knochennaht riss am Radius aus), normaler Heilungsverlauf. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1896, No. 19.

1) Howard A. Kelly-Baltimore: **Meine Arbeit über die Krankheiten der weiblichen Harnwege. Antwort auf Mittheilungen des Herrn Professor W. Rubeška.**

Ruhig und sachlich gehaltene Erwiderung auf die Angriffe Rubeška's (siehe diese Wochenschrift 1896, No. 5, S. 106), durch die K. mit Heranziehung schriftlicher Zeugnisse amerikanischer Aerzte den Nachweis führt, dass die unter seinem Namen gehenden Ureterenkatheter und seine Methode der Cystoskopie auch sein geistiges Eigenthum sind.

2) G. Kirchgässer-Bonn: **Oophorectomia dextra wegen dysmenorrhoischer Beschwerden bei rudimentärem Uterus unicornis solidus und vollständigem Fehlen der linken Adnexe.**

Der in der Ueberschrift hinreichend gekennzeichnete Fall betraf eine 35 jährige, in steriler Ehe lebende Frau. Die Untersuchung

ergab eine blind endende Vagina. Bei der von Fritsch gemachten Laparotomie fand sich als Ursache der dysmenorrhoischen Beschwerden rechtsseitige Oophoritis und Perioophoritis. Heilung ohne Störungen.

3) W. Rühl-Eibach: **Casuistischer Beitrag zur reflectorischen Wirkung des Operationstraumas auf Herz- und Athmungsthätigkeit (Shock).**

Zwei Fälle schweren nervösen Shocks mit Asphyxie und Dyspnoe, beide im Anschluss an Bauchoperationen, 1—2 Stunden nach Erwachen aus der Narkose entstanden und durch eine Dosis Morphium sofort gehoben. R. deutet diesen Shock als Reflex des Operationstraumas auf den Vagus, wodurch alle Symptome erklärt seien. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1896, No. 19.

1) Maragliano-Genua: **Latente und larvirte Tuberculose.** (Schluss folgt.)

2) Baumgärtner-Baden-Baden: **Blasenfisteloperation, 7 Monate nach Durchbruch eines im ligam. latum liegenden Abscesses in die Blase.**

Verfasser beschreibt einen Fall, wo während eines typischen Anfalles von Perityphlitis eine Perforation in die Blase (1887) stattfand. Seitdem mehrfache fieberhafte Recidive, 1890 Eiterabgang per anum, aber nur vorübergehend. Im Mai 1894 Excision des Wurmfortsatzes; dabei wurde ein intraligamentärer Tumor gefunden und daraus Eiter mittelst Punction von der Vagina aus entleert. Trotz Drainirung des Abscessraumes erfolgt efortdauernd Eiterabgang durch die Blase. Daher im October 1894 Operation der Blasen-Abscessfistel, Ausgang in Heilung.

3) H. Gutzmann-Berlin: **Die Photographie der Sprache und ihre praktische Verwerthung.** Cfr. das Referat über die Sitzung der Berliner med. Gesellschaft am 18. Dezember 1895 in No. 52 dieser Wochenschrift vorigen Jahres.

4) A. Magnus-Levy-Berlin: **Beiträge zum Stoffwechsel bei Gicht.**

In 5 ausführlichen Tabellen gibt Verfasser die Resultate seiner Untersuchungen an, die sich zu kurzem Referate nicht eignen. In seinen weiteren Ausführungen wendet sich M.-L. besonders gegen die neuesten Angaben von Kolisch und stellt diesem gegenüber folgende Sätze auf: 1) Die Zahlen, die Kolisch als Normalwerthe für den Gesunden anführt, 260 mg Alloxurkörper N, 210 Harnsäure-N und 50 Alloxurbasen-N sind nicht allgemein giltig. In einer sehr grossen Anzahl von Fällen liegen die entsprechenden Werthe weit darüber, so hoch und noch höher wie bei Kolisch's Gichtkranken. 2) Die Alloxurkörper sind nicht ausnahmslos im Harn des Uratikers stark vermehrt. 3) Im kachektischen Stadium der Gicht erreicht die Alloxurbasen-N-Ausscheidung durchaus nicht stets im Verhältniss zur Harnsäure auffallend hohe Werthe.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No 20.

Diese Nummer erscheint als Festnummer zur 100 jährigen Gedenkfeier der ersten Ausführung der Schutzpockenimpfung durch Edward Jenner am 14. Mai 1796.

1) Pagel-Berlin: **Edward Jenner,** eine biographische Skizze.

2) G. Behrend-Berlin: **Ueber Variolation,** ein historischer Rückblick aus der Vorgeschichte der Vaccination.

3) Werner: **Die Schutzpockenimpfung in der preussischen Armee.**

4) Kübler-Berlin: **Impfgegnerische Beweismittel.** Kritik und Widerlegung der von den Reichstagsabgeordneten Förster und Reisshaus in der Sitzung vom 12. März l. J. im Reichstag vorgebrachten Gründe zur Aufhebung des Impfzwanges.

5) G. Heimann-Berlin: **Die Pockensterblichkeit in Preussen während der Jahre 1872—1894.**

6) Witte-Barth: **Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten.**

Nach Weichardt's Vorgang wird auch zu grösseren Impfterminen die Anwendung bereits im Voraus sterilisirter Impfmesser in entsprechend grosser Anzahl eindringlichst empfohlen.

7) K. Feustell: **Kurze Mittheilung aus der Praxis über Eucasin.**

Die von Salkowski in No. 15 d. Wochenschr. gerühmten Vorzüge des Praeparates werden durch praktische Versuche bestätigt.

8) Gocht: **Secundenaufnahmen mit Röntgenstrahlen.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des Neuen allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf, Director: Kümmel.)

Die Herstellung guter Bilder hängt von der Güte der Röhren ab. Die Expositionsdauer kann bis zu 3 Secunden abgekürzt werden, wodurch die Schärfe der Bilder nur gewinnt, so dass nicht nur Knochen, sondern auch Kapseln und Sehnen, sowie die Knochenstructur genau unterschieden werden können. F. L.

Pädiatrie.

1) Firbas: **Zur Klinik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen im Kindesalter.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik des Prof. Escherich in Graz.) Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XLI. Heft 3 und 4.

Verfasser beschreibt 5 leichtere Fälle von Cretinismus und Myxödem; bei zweien hievon konnte keine Schilddrüse palpirt werden; namentlich diese beiden Fälle, aber auch die anderen drei, wurden durch Schilddrüsenbehandlung gebessert. Weniger Erfolg zeigte diese Therapie bei den in Steiermark ungemein häufigen parenchymatösen Kropfformen. — Drei relativ seltene Fälle von congenitalen Strumen, die bei 1 Tag, 6 Tage und 5 Monate alten Kindern Respirationsstörungen gemacht hatten, wurden durch Jodkalibehandlung, local und innerlich, auf's Günstigste beeinflusst.

2) Prof. A. Johannessen: **Bemerkungen über die Behandlung atrophischer Kinder in der Couveuse.** (Aus der pädiatrischen Universitätsklinik in Christiania.) — Ibid.

Nach ausführlicher Darstellung der Entwickelung der Wärmeapparate berichtet J. über die Erfahrungen an 10 Kindern, die von 2—110 Tagen in der Couveuse, deren Temperatur durchschnittlich auf 30° C. eingestellt wurde, verbrachten; davon waren 6 zu früh geboren, 7 luetisch, alle atrophisch. Meist stieg die Temperatur nach der Einlegung, ebenso das Gewicht der Kinder; doch traten meist später wieder Gewichtsverluste ein, wie überhaupt die Couveusebehandlung den gehegten Erwartungen nur mässig entspricht, zumal es sich bei den der Couveuse bedürftigen oft um luetische Kinder handelt.

3) S. Schön: **Eine Beobachtung über familiäre cyklische Albuminurie.** — Ibid.

Dem einzigen von Heubner beschriebenem Fall von familiärer cyklischer Albuminurie bei 3 Geschwistern fügt S. einen zweiten bei. Er fand diese Anomalie bei einem 15jährigen Mädchen, welches an Chlorose litt. Der Morgenharn war eiweissfrei, Vormittag und Mittag trat Eiweiss auf um gegen Abend wieder aus dem Harn zu verschwinden. Nach 10tägiger Bettruhe und antichlorotischer Behandlung blieb das Eiweiss 3 Tage aus, um nachher wieder in der eben beschriebenen Weise zu erscheinen; Formelemente, Epithelien und Cylinder, sowie sonstige Zeichen einer Nierenerkrankung fehlten immer. Dasselbe Verhalten, tägliches periodisches Auftreten von Eiweiss, zeigte der Harn der 13 jährigen anämischen Schwester, während 2 weitere Geschwister ganz eiweissfrei waren. — Der spätere Verlauf konnte nicht weiter verfolgt werden.

4) F. Epstein: **Die Anwendung der Gastrodiaphanie beim Säugling.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau. — Ibid.

E. nahm als erster die Durchleuchtung des Säuglingsmagens vor. Ueber die Technik, Construction des Beleuchtungskörpers, Aufzeichnung der Magengrenzen u. s. w. ist das Original nachzusehen, welches auch eine Tafel enthält mit den sehr deutlichen Bildern der Magengrösse und -Grenzen. Hervorgehoben sei nur, dass die Einführung der Beleuchtungssonde keine Schwierigkeiten macht, die Durchleuchtung durch die Bauchwand deutlich wahrzunehmen ist und am besten in halb sitzender Stellung geschieht; durch die Section konnte auch öfters erwiesen werden, dass sie den Magen in keiner Weise schädigt; ebenso konnten auch die in vivo gefundenen Magengrenzen post mortem controlirt und als richtig befunden werden. Die 14 untersuchten Fälle waren im Alter von 4 Wochen bis 10½ Monaten; der Hauptwerth der Methode liegt darin, beim Säugling eine Gastroectasie, bezw. eine Gastroptose nachzuweisen. Denn die Clapotage und die Succussio sind diagnostisch unsicher, ebenso die Magenpercussion, auch nach Aufblähen mit mit Luft; die Aufblähung mit CO_2 ist als schädlich für den Säugling zu widerrathen. Für die Stellung der Diagnose auf Gastrectasie ist die Lage des Nabels sowie des Processus ensiformis allein zu schwankend, um verwerthet werden zu können; dagegen ist eine Magenerweiterung sicher anzunehmen, wenn die grosse Curvatur in Nabelhöhe steht und die linke seitliche Grenze des Magens die linke mittlere Axillarlinie überschreitet. Aus E.'s Beobachtungen geht hervor, «dass man bei solchen Säuglingen, die an einer ausgesprochenen Dilatatio ventriculi leiden, eine ständige Körpergewichtszunahme, zum Mindesten für die nächsten Wochen nicht erwarten kann, vielmehr einer mehr oder minder raschen Körpergewichtsabnahme, eventuell sogar bis zum Exitus gewärtig sein muss. Sollten weitere Versuche diesen Zusammenhang als constant erweisen, so hätten wir an der Gastrodiaphanie ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel für die Stellung einer Prognose, welches auch bei der Beurtheilung des Werthes der einzelnen für das gesunde und kranke Kind empfohlenen Nährmittel beachtet werden müsste.

5) Prof. Ad. Czerny-Breslau: **Zur Kenntniss des physiologischen Schlafes.** — Ibid.

Ein 1 Jahr 8 Monate altes Kind hatte früher durch einen Fall einen Schädelbruch erlitten und davon einen grossen Knochendefect in der rechten Scheitelgegend behalten; derselbe ist leicht vorgewölbt, fühlt sich prall-elastisch an und pulsirt; über dieser Stelle wurde eine Kapsel befestigt und durch Luftübertragung die Gehirnpulsationen auf der rotirenden Trommel verzeichnet. Cz. fand im wachen Zustand die Gehirnpulsationen abhängig von Körperbewegung und geistiger Thätigkeit. Die weiteren Beobachtungen aber widerlegen die früheren Angaben Mosso's, denn mit Beginn des Einschlafens nahm die Höhe der Gehirnpulsationen sofort rapid zu; das Maximum hiefür wird in der ersten halben Stunde des Schlafs, also zur Zeit der grössten Schlaftiefe erreicht; mit abnehmender Schlaftiefe nimmt auch die Höhe der Gehirnpulsation ab, bleibt aber noch immer grösser als während absoluter Ruhe im wachen Zustand. Ein Absinken findet auch bei spontanem oder absichtlich herbeigeführtem Erwachen statt. Mit dem Steigen der Gehirn-

pulsationen, welche festgestelltermassen arteriellen Ursprungs sind, konnte auch graphisch eine entsprechende Zunahme des Gehirnvolumens constatirt werden. Aus Allem folgt, dass während des Schlafs eine arterielle Hyperämie des Gehirns besteht. — Dieselbe spricht auch für die Schlaf-Theorie von Preyer, Anhäufung von Ermüdungsstoffen im Gehirn.

6) Thiemich, Assistent der Klinik, und Papiewski: **Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Gärtner'scher Fettmilch.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau) — Ibid.

Die bisherigen, wenigen Arbeiten über Säuglingsernährung mit Gärtner'scher Fettmilch waren nicht geeignet, ein definitives Urtheil über diese Ernährungsart zu gestatten; theils war das Material zu klein, theils waren gesunde und kranke Kinder zusammen verwerthet, die Wägungen ungenügend, die Ernährungsdauer zu kurz etc. Den vorliegenden, sehr kritischen Untersuchungen aus Prof. Czerny's Klinik liegt ein Material von 37 Fällen zu Grunde; alle Kinder waren theils geringer, theils hochgradiger erkrankt; die Beobachtungen erstrecken sich über Monate, ebenso die genauen Wägungen. Die Resultate waren ungleich; ein Theil der Kinder gedieh bei der Darreichung von Fettmilch, ein anderer Theil blieb atrophisch bis zum Exitus, bei manchen Kindern setzten die Mütter spontan die Fettmilch aus, worauf die Kinder bei anderer Ernährung sich besserten und zunahmen. Für alle 37 Fälle finden wir im Original übersichtliche Gewichtscurven und ausführliche Krankengeschichten; nach Durchsicht dieser erhält man einen genaueren Einblick in die eben kurz angedeuteten Resultate und wird dem Schlusssatz der Verfasser beipflichten: Die Fettmilch hat uns bei kranken Kindern weder in den von vornherein günstigen Fällen Besseres, noch in den zweifelhaften Sichereres geleistet als die Kuhmilchverdünnungen; sie ist aber nicht weniger zur Säuglingsernährung zu empfehlen als diese.

7) W. Steffen: **Diphtheritis faucium. Stenosis laryngis. Tracheotomie. Entfernung eines Spulwurms aus der Canüle.** — Ibid.

Zur Casuistik berichtet St. von einem 3³/₄jährigen Knaben, der mit Rachendiphtherie und Larynxstenose aufgenommen und tracheotomirt wurde; bis zum nächsten Tag ruhige Athmung; dann Vormittags plötzlich Athemnoth und Cyanose des Patienten; die Pflegeschwester geht mit einem Catheter in die Canüle ein und sieht beim Zurückziehen aus derselben einen Gegenstand kurz hervorragen; mit der Pincette hervorgezogen erweist er sich als ein 16 cm langer Spulwurm, hierauf sofort wieder freie Athmung. Weitere Spulwürmer gingen, auch nach Santonindarreichung, nicht ab.

8) Antichievich: **Zwei Fälle von Glycerinintoxication.** (Aus dem «Erzherzogin Maria-Theresia-Seehospiz» in S. Pelagio-Istrien). Archiv für Kinderheilkunde, XX Bd., 1. und 2. Heft.

Einem 8jährigen Kind mit tuberculöser Knochenerkrankung und kaltem Abscess wurde in diesen 15 ccm einer 10 procentigen Jodoformglycerinemulsion injicirt. Im Anschluss hieran trat am selben Tage eine acute Nephritis mit Fieber, Eiweiss, Cylindern, Epithelien, rothen Blutkörpern und grossen Mengen braunrother Pigmentschollen im Urin auf. Nach 3 Wochen waren die Erscheinungen abgelaufen; ähnlich traten diese, nur in geringerem Grade und ohne Epithelien, bei einem 11 jährigen tuberculösen Kranken auf, welchem 18 ccm der 10 proc. Jodoformglycerinemulsion in einen kalten Abscess injicirt wurden. Später wurden in das Kniegelenk 15 ccm einer 10 proc. Jodoformolivenölemulsion eingespritzt und ohne jede Reaction vertragen. A. bezeichnet nach dem Vorgang von Schellenberg (8 Fälle) beide Fälle als Glycerinintoxication und räth, zu ihrer Vermeidung entweder das Glycerin durch Olivenöl zu ersetzen, oder nur geringe Quantitäten Glycerinemulsion, 5 bis höchstens 10 ccm, in 4 bis 6 wöchentlichen Zwischenräumen zu injiciren.

Lichtenstein-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. Mai 1896.

Herr **Blaschko** berichtet nochmals über jenen Patienten, den er im vergangenen Herbste als **Leprösen** vorgestellt und bei welchem Herr v. Bergmann die Diagnose angezweifelt hatte. Die Bestimmtheit, mit welcher ein Kenner der Lepra, wie Herr v. Bergmann, die Diagnose bestritten hatte, machte Vortragenden damals selbst stutzig, obwohl er per exclusionem die Diagnose für eine fast sichere gehalten hatte. Es blieb ja nur ein sicheres Beweismittel übrig, der Nachweis von Leprabacillen, doch der war, da es sich um die nervöse Form der Lepra handelte, nur schwer zu erbringen. Eine vorhandene Anschwellung des Nervus ulnaris zu excidiren, konnte sich Vortragender aus begreiflichen Gründen nicht entschliessen; in der letzten Zeit nun bildete sich an einem Aste des N. supraorbitalis eine Anschwellung aus, welche Vortragender excidirte und es gelang ihm in derselben in der That Leprabacillen nachzuweisen. (Demonstration der Präparate.) Die Bacillen sind nur in spärlicher Zahl vorhanden, aber in wohl ausgebildeten Formen und färben sich in der bekannten Weise mit Carbolfuchsin. Das Gewebe, in welchem die Bacillen liegen, zeigt starke hyaline Degeneration und der Nerv ist an dieser Stelle völlig degenerirt.

Herr **Hirschfeld: Ueber Ernährung der Herzkranken.**

Auf Grund einiger Beobachtungen kommt der Redner zu der Ansicht, dass bei Herzkranken im Stadium der Compensationsstörung zeitweise eine Mindernernährung angebracht sei. Für die Richtigkeit dieses Verfahrens spricht, dass Karell und nach ihm einige andere Autoren von der Anwendung der ausschliesslichen Milchdiät entschiedene Vortheile sahen. Bei dieser Methode werden dem betreffenden Kranken täglich etwa 6—800 ccm Milch ohne jede andere Nahrung gestattet und nur allmählich etwas mehr Milch, sowie andere Kost verabreicht. Karell warnt ausdrücklich vor zu rascher Steigerung der Nahrung, weil dadurch der Erfolg beeinträchtigt würde. H. stellte ebenfalls Versuche an und sah Diurese in der Regel nur dann eintreten, wenn die Esslust bisher eine rege gewesen war. Dass die Milch keinen specifischen Einfluss ausübt, geht daraus hervor, dass Schabefleisch und Eier in gleicher Weise angewandt werden können. In den meisten Fällen von Compensationsstörung ist allerdings in Folge irgendwelcher Magenbeschwerden die Ernährung eine ungenügende. Der Redner sieht hierin gewissermassen den Versuch einer Selbstregulation von Seiten des Organismus. Bei solchen Kranken nützte nun eine weitere Verminderung der Kost nicht mehr, schädlich hingegen erwies sich immer eine Steigerung der Ernährung nach Beseitigung der Magenbeschwerden. H. warnt desshalb auf's Entschiedenste vor der Anwendung der sogenannten gemischten Milchdiät, weil hierbei durch Zusatz von Milch zu der übrigen Kost am leichtesten eine Uebverernährung erreicht würde. Schliesslich wird noch darauf hingewiesen, dass Verminderung der Flüssigkeitszufuhr allein (Oertel) keinen Vortheil bietet, weil bei Kranken mit Compensationsstörung eine Einschränkung sich ohne gleichzeitige Verringerung der Ernährung nicht erreichen lasse.

Discussion: Herr Senator kann die Mittheilungen des Vortragenden vollkommen bestätigen, möchte jedoch besonders auf die Vorzüge der Milchernährung in solchen Fällen von vorübergehender Unterernährung hinweisen, da die Milch wegen des Mangels von Extractivstoffen für das Herz die reizloseste Kost darstellt. Diese Ernährungsweise eigne sich darum auch besonders für Nierenkranke.

H. Kohn.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 16. Mai 1896.

Die Aufhebung der chirurgischen Gremien in Oesterreich. — Ein Conflict zwischen zwei Professoren. — Molluscum contagiosum giganteum. — Die diagnostische Bedeutung der Nagelpulse.

Dem Abgeordnetenhause wurde eine Regierungsvorlage unterbreitet, betreffend die Aufhebung der chirurgischen Gremien und die Ueberweisung des Vermögens derselben an die Aerztekammern. Die chirurgischen Gremien waren Zwangsgenossenschaften der Wundärzte und bestanden seit April 1773. 100 Jahre später (1873) wurden die chirurgischen Lehranstalten in Oesterreich aufgehoben und 1876 wurde die Ausstellung von wundärztlichen Diplomen untersagt, zugleich den Wundärzten auch die Ausübung innerlicher Curen gestattet, so dass sie den Doctoren der Medicin etc. vollkommen gleichgestellt waren. Den letzten Schein einer Berechtigung verloren die chirurgischen Gremien durch die Creirung der Aerztekammern, da diesen die ausschliessliche autoritative Repräsentanz in allen gemeinsamen Standesinteressen der zur Ausübung der Praxis berechtigten Aerzte, einschliesslich der Wundärzte, übertragen wurde.

Es gibt nun viele chirurgische Gremien, die seit 30—40 Jahren keine ordentliche gremiale Thätigkeit entfaltet haben, nur einzelne derselben besitzen ein nennenswerthes Vermögen.

Die Zahl der noch lebenden Mitglieder beträgt 386, deren Gesammtvermögen beziffert sich auf 40,016 fl. Die mit dem Vermögen der chirurgischen Gremien verbundenen Rechte und die auf demselben haftenden Verpflichtungen sollen durch dieses neue Gesetz nicht berührt werden, und es bleiben den zur Zeit der Aufhebung dieser Gremien noch lebenden Mitgliedern derselben jene Vortheile gewahrt, auf welche sie bei dem Fortbestande des betreffenden Gremiums Anspruch gehabt hätten.

Grosses Aufsehen erregte in dieser Woche ein «Offenes Schreiben», welches Professor Dr. Josef Englisch, Primararzt an der k. k. Krankenanstalt «Rudolfstiftung», «an Sr. Hochwohlgeboren Herrn Dr. Eduard Albert, o. ö. Professor der Chirurgie an der Wiener Universität, k. k. Hofrath, Obersanitätsrath, Mitglied des österr. Herrenhauses, der böhmischen Academie der Wissenschaften etc. etc.» richtete. Die 8 Seiten starke Broschüre wurde zahlreichen, vielleicht sogar allen Aerzten Wiens zugeschickt.

Im Vorjahre trat bekanntlich Hofrath v. Dittel von seiner Stelle als leitender Primararzt einer chirurgischen Abtheilung im k. k. allg. Krankenhause zurück. Unter den Aspiranten auf diesen Posten befand sich auch Professor Englisch, d. h. er strebte seine Transferirung als rangältester Primararzt aus einem Spitale in ein anderes an, und zwar gerade in das allg. Krankenhaus, woselbst alle Kliniken untergebracht sind, weil er hier mehr Material und eine grössere Schülerzahl zu gewinnen hoffte. Er stellte sich auch dem Professor Albert, dem Referenten des Obersten Sanitätsrathes, vor und dieser sagte ihm kurz und bündig, dass er gegen ihn sein werde, weil E. die Kliniken durch Entziehung des Krankenmateriales schädigen werde, dass er ein Vermächtniss Billroth's[1]) übernommen habe, einem «Specialisten» künftighin eine Spitalsabtheilung im allg. Krankenhause nicht zu übergeben, man fürchte ihn, weil er so viel gearbeitet habe, es gäbe genug Concurrenten im allg. Krankenhause etc. etc. Thatsächlich wurde späterhin nicht Professor Englisch sondern Professor Hofmokl auf diese Stelle transferirt.

In der besagten Flugschrift führt nun Professor Englisch an, dass ihm nichts ferner gelegen sei, als die Kliniken zu schädigen, zumal diese zu viel ambulantes und operatives Material hätten, welches sie für ihre Schüler gar nicht fruchtbringend aufarbeiten könnten. Er selbst sei kein reiner «Specialist», wiewohl es richtig sei, dass ihn die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane seit vielen Jahren lebhaft interessiren und dass er sie mit Vorliebe bearbeitet habe. Ueberdies habe er diesem Theile der Chirurgie 38, allen anderen Partien (Hernien, Knochen, Verbände etc.) 46 Arbeiten gewidmet. «Wäre es vielleicht ein Schaden», sagt Professor Englisch, «wenn jährlich 20—30 Studenten das, was sie mit dem Operngals nicht lernen (katheterisiren u. dgl.), bei steter Anleitung des Abtheilungsvorstandes durch genaue Untersuchung am Kranken lernen könnten? Wäre es ein Schaden, wenn im Verlaufe der Jahre bei einer Anzahl praktischer Aerzte eine etwas genauere Kenntniss der Harn- und Geschlechtsorgane Platz greifen würde, und die Zahl derjenigen, welche alljährlich gerade durch die Unkenntniss darin zu Grunde gerichtet würden, vermindert würde? Ich glaube nicht, dass Herr Hofrath eine gegentheilige Erfahrung gemacht haben.» In seinen eigenen Assistenten, welche später Docenten oder Primarärzte würden, erziehe sich Hofrath Albert selbst genug Concurrenten und dennoch habe er naturgemäss das Bestreben, aus seiner Klinik soviel als möglich berühmte Schüler hervorgehen zu lassen. Die Hintanhaltung solcher Concurrenz sei also unzulässig.

Die Angelegenheit bedarf in diesem Stadium noch keines Commentars, mag sich darum der geehrte Leser selbst seine Ansicht bilden.

In der Gesellchaft der Aerzte stellte Professor Kaposi letzthin ein Kind vor, das — 6½ Monate alt — mit einer seltenen Affection behaftet ist. Die ganze linke und zum Theile auch die rechte Wange zeigt auf geschwellter Area colossale schwarzbraune Krusten, desgleichen sind die Arme mit pfennig- bis thalergrossen, zu Geschwülsten confluirenden Knoten besetzt, welche gleichfalls riesige, schwarzbraune Krusten tragen. An beiden Unterschenkeln kleinere, länglich gestaltete Efflorescenzen. Zwischendurch an der Stirne, Nase etc. sehr kleine, miliumartige, weisse Knötchen mit wässerigem Schimmer. Solche kleine Bläschen ohne flüssigen Inhalt finden sich noch randständig bei den grösseren Knoten, deren einzelne im Centrum deutlich eine Delle aufweisen.

[1]) Albert und Billroth waren einander niemals befreundet und verkehrten bloss dienstlich, wenn es absolut nothwendig war.

Auf den ersten Anblick imponirt das Krankheitsbild als Bromakne, doch haben weder Mutter noch Amme jemals Brom genommen. Bei genauerem Studium erkennt man die Natur des Leidens aus den kleinsten Knötchen und aus den mit einer Delle versehenen Herden. Man drückte aus letzteren eine breiartige Masse heraus. In dem Inhalte einer kleinen Efflorescenz fand man die bekannten Molluscumkörperchen, grosse weckenähnliche Gebilde, einzeln kugelig oder in Zellen eingeschlossen. Kein Zweifel, man hat es hier mit Molluscum contagiosum zu thun und möchte Kaposi vorschlagen, dieser Form die Bezeichnung «giganteum» beizufügen.

Noch einige Worte zur Therapie. Die herkömmliche Art, derlei Knötchen einfach auszudrücken, ist hier nicht anwendbar; auch wäre Substanzverlust, Eiterung und hässliche Narbenbildung im Gesichte des Kindes zu befürchten. Kaposi lässt also das Ganze im Bade erweichen und partienweise den Inhalt der Knötchen mechanisch entfernen. Von der Anwendung des scharfen Löffels zur Entfernung des Inhaltes der Knoten wird aus obenerwähnten Gründen ebenfalls abgesehen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 24. April 1896.

Ein Todesfall durch Seruminjetion.

Variot injicirte einem 1½ jährigen Kinde, welches mit leichter diphtheritischer Pharyngitis, nachfolgendem Croup und Spasmus glottidis behaftet war und intubirt wurde, auf 2 mal 25 ccm des Diphtherieheilserums; nach 48 Stunden trat mit beträchtlicher Temperatursteigerung (40,5°) der Tod ein, dessen Ursache durch die Section nicht aufgeklärt wurde. Ohne zu weitgehende Schlüsse zu ziehen, muss V. doch darauf hinweisen, dass diejenigen Serumproben, deren Injection schwere Zufälle (unmittelbar oder später) verursacht, nicht von den unschädlichen unterschieden werden können. Dieses schätzbare Mittel gegen die Diphtherie darf daher nur mit Vorsicht und sollte niemals zur Vorbeugung (Immunisirung) der Krankheit angewandt werden.

Sevestre hat bei seinen 2000—2500 Seruminjectionen nie einen Todesfall erlebt, welchen man direct dem Serum zuschreiben könnte; es handle sich also hier um einen ausserordentlich seltenen Fall, der Nichts gegen die Serumtherapie beweise, zumal auch kein Anzeichen dafür vorhanden ist, dass den Tod das Serum selbst verursacht habe.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 20. April 1896.

Eine seltene Parasiteninvasion.

Perrier hat eine Epidemie, welche vor Kurzem in zwei Häusern von Barfleur, einem kleinen Städtchen der nordfranzösischen Küste herrschte, zum Gegenstand genaueren Studiums gemacht. Es handelte sich um einen Acarus (glyciphagus domesticus), welcher sich besonders an Orten vermehrt, wo organische Abfälle aufgehäuft sind (Specereiwaaren, Fabriken von Bürsten, Hornknöpfen, Fleischpulver); ein identischer Parasit, Glyciphagus prunorum, findet sich häufig auf getrockneten Früchten, wie Pflaumen und Feigen. Die Einschleppung geschah in jene Häuser durch ein aus Cherbourg gekommenes Mädchen, welches dort 1½ Jahre lang in einem Charcutiergeschäft angestellt war und deren Kopf mit einer solchen Menge von Glycophagen bedeckt war, dass dieselben beim Schütteln der Haare wie eine grosse Menge weissen Pulvers herabfielen. Bei dieser, sowie bei den übrigen ergriffenen Personen bestand übrigens weder besonderes Jucken noch andere Hautaffection; die Betreffenden konnten von dem Uebel erst befreit werden, als sie ihre Wohnungen verliessen und dieselben mit Schwefelsäure, nach Verschluss aller Ausgänge, desinficirt worden waren. Nach den Nachforschungen, welche P. angestellt, hatte sich der Parasit aus den Kämmen des jungen Mädchens auf die Haare übertragen, dort in ungewöhnlicher Weise vermehrt und die weiteren Infectionen verursacht. Das Interessante für den Forscher liegt in dem Umstande, dass diese Acarusart, welche sonst frei lebt, plötzlich und zufällig parasitär geworden ist. St.

Aus italienischen medicinischen Gesellschaften.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Sitzung vom 27. März 1896.

Präsident: Lombroso.

1. Ueber die Aetiologie der Ozaena und deren Behandlung mit Antidiphtherieserum.

Belfanti und Della Vedova führen auf Grund ihrer im serumtherap. Institut zu Mailand ausgeführten Untersuchungen die Entstehung der Ozaena auf einen Mikroorganismus zurück, welcher in Bezug auf Gestalt und Culturergebnisse dem Loeffler'schen Bacillus völlig gleich ist, nur durch den bedeutend geringeren Grad seiner Virulenz von ihm verschieden und sich sowohl im Secret, wie auf der Oberfläche und in der Tiefe der erkrankten Mucosa findet. Er bewirkt die specifische chemische Zersetzung des Secrets und führt zu Atrophie der Mucosa und des Knochens. Diesem aetiologischen Ergebniss ihrer Forschung haben Belfanti und Della Vedova nun die Indication entnommen, an 32 Ozaena-Kranken therapeutische Versuche mit Injectionen von Antidiphtherieserum zu machen, welche als locale Veränderungen Schwellung und Congestionen in der kranken Mucosa, Schwinden des charakteristischen Ozaenageruchs, Verflüssigung des Secrets und Abnahme der Borkenbildung zur Folge hatten. Es wurden täglich oder alternirend je 10 ccm Serum (= 1000 J.-E.) injicirt, im Ganzen bis zu 30 Mal; die Anzahl der Injectionen schwankte je nach dem Alter des Patienten, der Dauer und Schwere der Erkrankung, sowie dem Charakter der sehr verschieden schnell und intensiv eintretenden localen und allgemeinen Reaction. Von den 32 Patienten der ersten Versuchsreihe sind bisher 16 geheilt oder nahezu geheilt, 5 bedeutend, 4 ziemlich weit gebessert, die andern sind noch im Beginn der Cur; Belfanti glaubt aber in all diesen Fällen schliesslich Heilung zu erreichen. Die vorkommenden Complicationen gleichen ganz den bei der Diphtheriebehandlung beobachteten, können aber als unschädlich und ungefährlich angesehen werden, nur müssen bei Allgemeinstörungen die Injectionen zeitweise ausgesetzt werden.

Bozzolo bestätigt die ausgezeichnete Wirkung der Injectionen auf Ozaena. Er hat 2 Fälle mit Erfolg so behandelt. Schon nach der 4. beziehungsweise 5. Injection schwand der Foetor. In dem einen Falle wurde die Therapie wegen Auftretens eines Erythems an den unteren Extremitäten nach der 6. Injection ausgesetzt, worauf sich nach einigen Tagen der Foctor wieder einstellte, der aber dann nach weiteren 3 Injectionen auf's Neue verschwand.

Gradenigo ist ebenfalls mit Versuchen beschäftigt, aber noch zu keinem definitiven Urtheil gelangt. Von 14 Fällen, die er zur Zeit in Behandlung hat, lassen 5 noch gar keine Wirkung erkennen. Eine Besserung bezüglich der Borkenbildung und des Foetor wurde in den meisten Fällen auch von ihm bereits constatirt, eine absolute Heilung noch nicht erzielt. Die grösste injicirte Menge bisher betrug 17500 J.-E., die kleinste 6000; die mittlere Injectionsanzahl 10. Allgemeinstörungen traten nur in 3 Fällen auf. Gradenigo erwartet mit Steigerung der Dosis bessere Erfolge.

2. Ueber Immunisirung von Thieren gegen Diphtherie durch Verabreichung antitoxischer Substanzen per os.

Perini erinnert daran, dass Chantemesse durch die Uebelstände, welche die hypodermatische Einverleibung des Antidiphtherieserums zur Folge haben kann, zu Versuchen veranlasst wurde, das Serum per rectum zu appliciren. Er selbst hat daraufhin Versuche mit der Anwendung per os gemacht und zu dem Zwecke Hunde mit den Blutüberresten gefüttert, die bei Herstellung des Heilserums abfallen. Perini will gefunden haben, dass es möglich ist, auf diesem Wege in kurzer Zeit den Thieren einen hohen Grad von passiver Immunität und ihrem Blute antitoxische Eigenschaften zu verleihen. Er regt desshalb die Frage an, ob es nicht möglich sei, das bei der Serumfabrication übrig bleibende, an seröser Substanz immer noch sehr reiche Gerinnsel, ohne dass es seine antitoxische Kraft verliere, einzutrocknen und dann in Pulverform per os anzuwenden. Nach Abschluss weiterer Untersuchungen in der angedeuteten Richtung will Perini auf das Thema zurückkommen.

Sitzung vom 11. April 1896.

Präsident Sciamanna.

Dionisi beschreibt einen Fall von Oesophagitis phlegmonosa.

Pasca berichtet einen Fall von Venennaht der Jugularis interna. Einem Manne war mit einem krummen Messer die eine Halsseite durchschnitten, mit andern Muskeln der Sternocleido. und Omohyoid. völlig durchtrennt. Als nach Unterbindung der Jug. ext. und der Muskelarterien die starke Blutung nicht stand, wurde ein 2 cm langer Schlitz der Jugul. int. entdeckt, welcher nach vergeblichem Versuch, eine seitliche Ligatur anzulegen, durch Venennaht geschlossen wurde. Nach 20 Tagen erfolgte Heilung, ohne dass Circulationsstörungen merkbar geworden waren. In der Pilke'schen Zusammenstellung von 32 Fällen von Venennaht wird nur ein Mal die Jug. int. aufgeführt. Ref. bespricht im Anschluss an seinen Fall die Richet'sche Theorie über die Function des Omohyoid. und seiner Aponeurose in Bezug auf die venöse Circulation im Halse und führt des weiteren aus, dass nur dann ein Eindringen von Luft in die Vene möglich sei, wenn die betreffenden Muskeln und Aponeurosen noch functioniren können.

Memmo hat bacteriologische Untersuchungen über die Rabies angestellt und dabei sowohl aus dem Mark eines an experimenteller Rabies verendeten Kaninchens, als auch aus dem Hirn eines am 16. März im Hospital S. Spirito an Rabies gestorbenen 4 jährigen Knaben einen Blastomyceten in Reincultur isolirt. Die beiden Blastomyceten waren identisch. Die aus den Agarculturen geimpften Thiere gingen unter paralytischen Symptomen zu Grunde. Aus dem Hirn eines dieser Versuchsthiere wurde wiederum derselbe Blastomycet isolirt. Ref. ist z. Z. mit weiteren Untersuchungen beschäftigt.

Luzzatto stellt einen Patienten mit einer typischen Art von Thorax-Deformität («thorax infossatus») vor; sie besteht in einer Einbuchtung des Brustkastens bis zu 3 cm, welche im Niveau der fünften Rippen beginnt und bis an den Oberrand der vorderen Abdominalwand reicht. Diese Form des Thorax, welche Luzzatto nicht selten und zwar meistens bei tuberculösen oder zu Tuberculose disponirten Individuen gefunden hat, zeigt weder Verbreiterung des transversalen Durchmessers, noch Verkürzung des Sternums, ist also von der gewöhnlichen «Trichterbrust» scharf zu unterscheiden; auch mit der als «Schusterbrust» bezeichneten Deformität ist sie nicht verwandt, vielmehr stets congenital. Fl.

III. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Für die **III. Versammlung süddeutscher Laryngologen,** welche am 2. Pfingstfeiertage, den **25. Mai,** in **Heidelberg** stattfindet, ist folgende

Tagesordnung

festgesetzt:

I. **Sonntag, den 24. Mai,** Abends 8 Uhr: Zusammenkunft und gegenseitige Begrüssung in der Restauration des Stadtgartens (mit Damen).

II. **Montag, den 25. Mai,** Vormittags 9 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Hörsaale der ambulatorischen Klinik für Hals- und Nasenkranke (academ. Krankenhaus).

Vorträge.

1. Herr Kirstein (Berlin): Die Autoskopie der Luftwege.
2. „ Avellis (Frankfurt a. M.): Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben.
3. „ Schech (München): Das nasale Asthma und seine Beziehungen zum Emphysem.
4. „ Rudolf Meyer (Zürich): Kleinere Mittheilungen.
5. „ Klemperer (Strassburg): Zur Bacteriologie der Nase.
6. „ Hedderich (Heidelberg): Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.
7. „ Pröbsting (Wiesbaden): Zur Operation maligner Nasenrachentumoren (mit Krankenvorstellung).
8. „ Rosenfeld (Stuttgart): Demonstration eines Larynxcarcinoms.
9. „ Killian (Freiburg): Demonstration von Instrumenten.
10. „ Hedderich (Heidelberg): Demonstration von Instrumenten.
11. „ Bergeat (München): Befunde an den Nebenhöhlen der Nase bei Atrophie der Muscheln. (Anatomische Präparate.)

Mittags $^3/_4$2 Uhr: Gemeinsames Mittagsmahl (mit Damen) im Grand Hôtel. Nach dem Mahle bei schönem Wetter gemeinschaftlicher Ausflug nach dem Kümmelbacher-Hof (Neckarthal), bei schlechtem Wetter Zusammenkunft in einem noch zu bestimmenden Locale.

Diejenigen Herren Collegen, welche am Festmahle theilzunehmen wünschen, werden dringend gebeten, bis längstens 15. Mai die Anzahl der gewünschten Couverts Herrn Professor Dr. Jurasz (Heidelberg) mitzutheilen.

Frankfurt a. M., im Mai 1896.

I. A.:

Dr. Eulenstein, II. Schriftführer.

Verschiedenes.

Die Bedeutung des Molecularzustandes der wassergelösten Desinfectionsmittel für ihren Wirkungswerth hat Stabsarzt Dr. Scheurlen zum Gegenstand einer Habilitationsschrift in Strassburg gemacht. Er ging von der Beobachtung aus, dass erwärmte Desinfectionsmittel von geringem Concentrationsgrad so ziemlich denselben Effect ergeben, wie starke Concentrationen in der Kälte, und das legte die Parallele nahe mit dem Verhalten von relativ schwachen Salzlösungen, welche erwärmt oder bei Zusatz von $NaCl$, $CaCl_2$, $ZnCl_2$ und ähnlichen wasserentziehenden Substanzen dieselben Eigenschaften annehmen, wie stärkere; z. B. die gewöhnlich blau aussehende 10 proc. Kupferchloridlösung wird bei 75° oder bei Zusatz von $NaCl$ ebenso grün, wie eine concentrirte, und eine violette 25 proc. Kobaltchloridlösung wird bei Zusatz von $NaCl$ tiefblau wie eine 75 proc. Die Ursache liegt offenbar darin,

»dass die Salze in concentrirter wässeriger Lösung wenig oder kein Hydratwasser enthalten, dass sie aber in verdünnter Lösung reichlich damit verbunden sind. Dieses Hydratwasser verlieren sie sowohl durch Erwärmen, als durch Zusatz stärker wasserziehender Substanzen, so dass sie schliesslich in demselben Molecularzustand in der Lösung sich befinden, den sie in ihrer concentrirtesten, also wohl auch wirksamsten Form einnehmen«. Scheurlen stellte entsprechende Versuche zunächst mit Phenolen und Kresolen an und fand als überraschendes Resultat, dass das 1 proc. und 3 proc. Carbol, das 0,5 proc. und 1 proc. o-Kresol mit dem entsprechenden Kochsalzzusatz versehen Milzbrandsporen in spätestens 3 Tagen vernichtet hatte, während ohne Kochsalz kaum eine Einwirkung auf dieselben zu erkennen war, und damit übereinstimmend erwies sich auch die desinficirende Wirkung anderer Körper bei NaCl-Zusatz, namentlich des Tannins, merklich verstärkt. Noch eclatanter erscheint die Wirkung auf den Staphylococcus aureus, der von einer 1 proc. Carbol- und 24 proc. NaCl-Lösung schon nach ½ Minute vernichtet war, während eine 1proc. Carbollösung ohne NaCl sogar nach 5 Minuten tausende von Keimen noch nicht vernichtet hatte.

Buttersack-Hanau.

Therapeutische Notizen.

Puerperalfieber und Serumtherapie. Am 4. Congresse der französischen Gesellschaft für Geburtshilfe (vom 9.—11. April in Paris abgehalten) berichtet Charpentier über 40 Fälle von Puerperalfieber, welche er mit Antistreptococcenserum behandelte; er erlebte 27 Todesfälle, der weitere Berichterstatter Bau unter 25 so behandelten Frauen 14 Todesfälle, also wenig günstige Resultate. Nach der Ansicht von beinahe allen Rednern habe das Serum beim Puerperalfieber nicht gehalten, was es versprochen, sogar einigemale eher schädlich gewirkt und nach wie vor sei es bei dieser Erkrankung das Beste, möglichst bald die intra-uterine Behandlung einzuleiten. Andererseits bespricht Ledrain im Progrès Médical (No. 15, 1896) einen Fall schwersten Puerperalfiebers (Temperatur 40,4°, Puls 150, klein und unterdrückbar, fötide Diarhoeen, Delirien), dessen Heilung er direct der Serumtherapie zuschreibt. Am 16. Februar wurden zum erstenmale 5 ccm des aus dem Institut Pasteur bezogenen Serums injicirt, am 22. die sechste und letzte Injection derselben Dosis gemacht; bis dahin war die Temperatur auf 37° gesunken und hat, ohne dass der geringste locale Eingriff gemacht wurde, seitdem sich der Zustand so rasch gebessert, dass Patientin am 1. März bereits völlig genesen war. St.

Behandlung des chronischen Alkoholismus mit Strychnin. Vor Allen waren es russische Autoren, welche zuerst, auf den therapeutischen Antagonismus zwischen Alkohol und Strychnin fussend, den günstigen Einfluss des letzteren auf das Delirium tremens und den chronischen Alkoholismus ohne acute Anfälle zur Therapie benützten. Combemalle (Lille) glaubt nun, dass das Delirium tremens wohl mit den bis jetzt üblichen Mitteln bekämpft, d. h. Schlaf mit Bromsalzen, Opium, Chloral, Paraldehyd herbeigeführt werden kann, der Zustand jedoch nach dem Anfalle die Strychninbehandlung erheischt, um welche Zeit auch der willensschwache Patient leicht in dieselbe einwilligt. Man injicirt von der Lösung (0,1 Strychnin. sulfur: 20,0 Aqu. dest.) am 1. Tag ¼tel Spritze unter die Bauchhaut, am 2. Tage ½, am 3. Tage ¾tel und die folgenden Tage eine ganze Spritze und zwar womöglich Morgens und ohne letztere Dosis je zu überschreiten, welche 5 mg Strychnin enthält. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen, wann als Zeichen beginnender Strychninintoxication Ameisenkriechen auftritt, wird die Behandlung ausgesetzt, um sie nach 8 Tagen ein zweites und nach entsprechender Zwischenpause ein drittes und letztes Mal wieder aufzunehmen. Die unmittelbaren Folgen dieser Behandlung sind Verminderung des Zitterns, so dass der Gang wieder sicher und die Schrift wieder besser wird; gleichzeitig kehrt der Appetit zurück und der Kranke bekommt, was wohl am wichtigsten ist, einen Abscheu vor dem Alkohol. Die Verbringung in eine Anstalt erscheint Combemalle nur bei denjenigen Alkoholikern nöthig, welche völlig des Eigenwillens entbehren und strenger Aufsicht bedürfen; aber auch in geschlossener Anstalt sollte die Strychninbehandlung an erster Stelle eintreten und gibt, wie die russischen Autoren versichern, ebenfalls vortreffliche Resultate. (Vortrag, gehalten auf dem in der Pariser Sorbonne zusammengetretenen Congress der französischen gelehrten Gesellschaften nach Bullet. Médic. No. 30, 1896). St.

Das Stypticin ist identisch mit dem Cotarnin, das unter der Einwirkung oxydirender Mittel aus dem Opiumalkaloid Narkotin gewonnen wird. Wegen seiner guten blutstillenden Wirkung erhielt das Mittel von Freund den Namen Stypticin. Chemisch steht es dem Hydrastinin sehr nahe, indem ein Wasserstoffatom durch OCH_3 ersetzt ist ($C_{11}H_{12}NO_3[OCH_3]$).

Nach den Versuchen von Gottschalk (Therap. Monatshefte, 12, 95) ist das Stypticin ein sehr sicheres blutstillendes Mittel in der gynäkologischen Praxis, das vor Secale und Hydrastis noch den Vorzug hat, dass es schmerzstillende und leicht betäubende Wirkung besitzt (Opium). Am sichersten wirkt das Mittel, wenn man es schon 4—5 Tage vor der zu erwartenden Regel nehmen lässt in Dosen von 0,025, 4 mal täglich. Sobald sich das Blut zeigt, muss die Dosis verdoppelt werden, 4 mal täglich 0,05. Auf der Höhe der menstruellen Blutung thut man am besten, gleich 0,2 subcutan in die Glutealmuskeln zu injiciren.

Zu ähnlichen günstigen Schlussfolgerungen kommt in No. 2, 96 der Therap. Monatshefte Gaertig-Breslau. Die besten Erfolge sah derselbe bei den uncomplicirten Menorrhagien und den Blutungen der Wechseljahre, die geringsten bei den Blutungen in Folge von Endometritis. Kr.

In der dermatologischen Klinik zu Palermo wendet Gomez bei verschiedenen Arten des Ekzems ein Ichthyolvasogen an, bestehend aus Vasogen mit 10—20 Proc. Ichthyol und 5 Proc. Ol. amygd. In schwächerer Composition als exsiccans, stärker als emolliens wirkend, wurde es mit Erfolg auch in Fällen angewandt, wo die Lassar'schen Salben indifferent gewesen waren. Fl.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 19. Mai. Das hundertjährige Jubiläum der Schutzpockenimpfung wurde in Berlin durch einen würdigen Act im Festsaale des Rathhauses gefeiert. Neben dem Cultusminister Dr. Bosse wohnten demselben die hervorragendsten Mitglieder des ärztlichen Standes in Berlin bei. Die Feier wurde durch eine Ansprache Rudolf Virchow's eröffnet; die Festrede hielt Geheimrath Gerhardt über Leben und Schaffen Jenner's und die Bedeutung der von ihm entdeckten Schutzpockenimpfung. Nach diesem sprach Dr. Kruse, Mitglied des Reichstages, welcher schilderte, was das deutsche Reich, die Reichsbehörden und der Reichstag für die Schutzpockenimpfung gethan haben, und endlich Stadtrath, Sanitätsrath Dr. Strassmann, der einen Ueberblick über die Entwicklung des Berliner Impfwesens gab. Hierauf schloss Geheimrath Virchow die Feier.

— Die grossartige Sammlung des pathologischen Instituts in Berlin, die in ihrer Art wohl einzige Schöpfung Rudolf Virchow's, soll endlich, nachdem sie Jahrzehnte lang auf den Speichern und in den Kellern des Instituts nothdürftig aufgestapelt war, ein würdiges Heim erhalten, in welchem sie durch geeignete Aufstellung ihrem Zwecke nutzbar gemacht werden kann. Dem preussischen Abgeordnetenhause ist als Nachtrag zum Staatshaushaltsetats für 1896/97 eine Forderung von 200 000 Mk. als 1. Rate zum Bau eines Sammlungsgebäudes für das pathologische Institut des Charitékrankenhauses in Berlin zugegangen. Motivirt wird diese Forderung wie folgt:

»Bei der Staatsregierung bestand die Absicht, dem Landtage der Monarchie noch in dieser Session eine umfassende Vorlage über den Um- und Neubau des Königlichen Charitékrankenhauses in Berlin und die Verlegung des Königlichen Botanischen Gartens daselbst nach der Domäne Dahlem bei Steglitz zu machen. Die Ausführung dieser Absicht ist aber auf unerwartete Schwierigkeiten gestossen und hat daher einstweilen vertagt werden müssen.

Um so nothwendiger erscheint es, in dem Charitékrankenhause einem bedrohlichen Missstande abzuhelfen, der sich unabhängig vor der Feststellung jenes Gesammtplanes beheben lässt. Es handelt sich dabei um die Unterbringung der pathologisch-anatomischen Sammlung.

Für diese grosse und einzigartige Sammlung fehlt es an Aufstellungsräumen. In Folge dessen ist sie in dem für die Zwecke des pathologischen Instituts bestimmten Gebäude, wie es gerade gehen wollte, untergebracht. Die Sammlungsgegenstände haben dort nur zum geringsten Theil ordnungsmässig aufgestellt werden können; die meisten sind noch in Kisten verpackt, lagern in dunklen Keller- und Bodenräumen, stehen in drei- bis vierfachen Reihen aufgeschichtet und werden kurzum so aufbewahrt, dass ihre Benutzung für Unterrichtszwecke ebenso wie ihre wissenschaftliche Ordnung, Bestimmung und Verwerthung nahezu ausgeschlossen ist. Zugleich ist dadurch das Institutsgebäude in solchem Maasse in Anspruch genommen, dass die nächsten Aufgaben desselben wesentlich beeinträchtigt werden.

Ueberdies aber und vor allem kommt in Betracht, dass das Institutsgebäude weder nach seiner Tragfähigkeit noch nach seiner sonstigen Beschaffenheit zur Aufnahme einer so grossen und wegen der vielen Spirituspräparate feuergefährlichen Sammlung geeignet ist. Schon vor einigen Jahren hat das Institutsgebäude, weil es dem Einsturz drohte, durch starke hölzerne Pfosten im Innern gestützt werden müssen, und eine neuerdings vorgenommene technische Untersuchung hat ergeben, dass die Belastung des Instituts die äusserste zulässige Grenze erreicht hat und weitere Sicherheitsmaassnahmen unerlässlich sind. Zugleich hat sich dabei herausgestellt, dass dasselbe wegen seiner engen hölzernen Wendeltreppen und Holzbalkendecken, sowie mit Rücksicht darauf, dass sich darin auch ein chemisch-pathologisches Laboratorium befindet, eine beständige und grosse Feuersgefahr bildet.

Zur Beseitigung dieser Missstände ist die schleunige Herstellung eines besonderen Sammlungsgebäudes geboten. Es wird beabsichtigt, dasselbe am Alexanderufer in der Nähe des pathologischen Institutes zwischen der neuen Charité und dem Kinderhospital zu errichten. Das Gebäude soll 5 Magazingeschosse haben und feuersicher ausgebaut werden. Es wird ausgiebige Räume für die Sammlung auch noch bei ansehnlicher Vermehrung derselben bieten und ausserdem den grossen Hörsaal enthalten, der für die Benutzung der Sammlung unentbehrlich ist. Nach den im Ministerium der öffentlichen

Arbeiten ausgearbeiteten ausführlichen Entwürfen und Kostenanschlägen werden sich die Baukosten auf 492000 Mark belaufen. Für das erste Baujahr sind 200000 Mark erforderlich.» Im Abgeordnetenhause trat Finanzminister Miquel mit grosser Wärme für die Vorlage ein, die darauf der Budgetcommission überwiesen wurde.

— Durch Beschluss des k. Patentamtes wurde das den Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co. geschützte Waarenzeichen «Phenacetin» in der Rolle wieder gelöscht. Einer der für diese Entscheidung maassgebenden Gründe war, dass «Phenacetin» in das Arzneibuch aufgenommen wurde, «denn nunmehr musste jeder Arzt, jeder Grossdrogist, jeder Apotheker sich des Wortes «Phenacetin» zur Bezeichnung des bestimmten chemischen Körpers, unter Umständen sogar bei Strafe, bedienen. Darum war es praktisch ausgeschlossen, dass die Fabrikanten beim Vertriebe ihres Erzeugnisses ein anderes Wort verwendeten». Es ist gut, dass hiermit festgestellt ist, dass wenigstens diejenigen Arzneimittel, welche in die Pharmakopoe aufgenommen werden, den Wortschutz nicht geniessen können. Das neue Gesetz über den Schutz von Wortzeichen richtet in der Medicin ohnehin genug Verwirrung an. Ist doch jüngst der Firma Fahlberg, List & Co. das Wort «Saccharin» geschützt worden, so dass andere, seit Jahren Saccharin producirende Firmen genöthigt sind, denselben Körper unter einer anderen Bezeichnung (z. B. Zuckerin) in den Handel zu bringen.

— Der preuss. Staatsanzeiger veröffentlicht unter No. 9824 das Gesetz, betr. die Aufhebung der im Gebiete der Monarchie bestehenden Taxordnungen für approbirte Aerzte und Zahnärzte, vom 27. April 1896.

— Auf Grund einer besonderen Geschäftsanweisung ist jetzt bei der Medicinalabtheilung des preussischen Cultusministeriums durch Cabinetsordre der Apothekerrath errichtet worden. Nach dieser Anweisung ist der Apothekerrath eine berathende Behörde. Er hat die Aufgabe, der Medicinalverwaltung in Organisations- und Verwaltungsfragen, die das Apothekenwesen betreffen, als Beirath zu dienen und Gutachten abzustatten. Demgemäss hat der Apothekerrath einmal über alle ihm vom Cultusminister vorgelegten Verhandlungen, Vorschläge oder Fragen sich gutachtlich zu äussern, sodann aus eigenem Antriebe dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln in Bezug auf das Apothekerwesen zu machen, auch neue Massnahmen in Anregung zu bringen, die ihm geeignet erscheinen, das Apothekerwesen zu fördern. Der Apothekerrath besteht aus dem Director der Medicinalabtheilung des Cultusministeriums, aus den technischen vortragenden Räthen der Medicinalabtheilung, aus vier Apothekenbesitzern und vier approbirten, nicht besitzenden Apothekern. Der Director wird vom König, die Mitglieder werden vom Minister ernannt, und zwar die aus dem Apothekerstande auf die Dauer von fünf Jahren. Die auswärtigen Mitglieder erhalten Tagegelder und Reisekosten. Der Apothekerrath wird vom Minister in der Regel alljährlich einmal berufen. Er setzt sich vorläufig folgendermassen zusammen: Director: Der Director der Medicinalabtheilung, Wirkl. Geheimer Ober-Regierungsrath Dr. v. Bartsch. Mitglieder: Die technischen vortragenden Räthe der Medicinalabtheilung: Geh. Obermedicinalrath Dr. Skrzeczka, Geh. Obermedicinalrath Dr. Pistor, Geh. Medicinalrath Dr. Schmidtmann, die Apothekenbesitzer. Contzen zu Cöln, Froehlich zu Berlin, Dr. Hartmann zu Magdeburg, Dr. Schacht zu Berlin, die Apotheker Annató zu Magdeburg, Engelbrecht zu Berlin, Tychsen zu Bremervörde, Wolff zu Glogau.

— Die Professoren Weigert und Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. wurden zu Geheimen Sanitätsräthen ernannt.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 18. Jahreswoche, vom 26. April bis 2. Mai 1896, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 31,4, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 9,7 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Bromberg und Köln.

— Das College of Physicans of Philadelphia schreibt die 4. Preisbewerbung um den «William F. Jenks Memorial Prize» von 400 Dollar aus. Das Thema der Preisaufgabe lautet: Die Aetiologie und Pathologie der Erkrankungen des Endometriums, einschliesslich der septischen Entzündungen im Puerperium. Die Arbeiten müssen in englischer Sprache abgefasst oder doch von einer englischen Uebersetzung begleitet sein. Die Manuscripte sind mit der Schreibmaschine herzustellen und zu adressiren an Dr. Barton Cooke Hirst, Chairman of the William Jenks Prize Committee, College of Physicans of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A. Termin: 31. December 1897.

(Universitätsnachrichten.) Leipzig. Dr. Krückmann, Assistent an der Augenklinik, habilitirte sich für Augenheilkunde. Seine Probevorlesung hielt er über «Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille.» — Würzburg. Privatdocent Dr. O. Seifert wurde zum correspondirenden Mitglied der französischen Gesellschaft für Otologie, Laryngologie und Rhinologie ernannt.

Kopenhagen. An Stelle des zurückgetretenen Prof. Edmund Hansen Grut wurde Dr. Bjerrum zum ord. Professor der Ophthalmologie ernannt. — Wien. Dr. Büdinger habilitirte sich als Privatdocent für Chirurgie.

(Todesfälle.) Der Professor der Anatomie in Tübingen, Dr. W. v. Henke, ist in der Nacht vom 16. auf 17. ds. gestorben. Nekrolog vorbehalten.

— In Godesberg bei Bonn starb der bekannte Hygieniker und Psychiater Geh. Rath Professor Dr. Finkelnburg.

— In Paris starb am 13. ds. Professor Germain Sée, einer der ersten Kliniker Frankreichs, nach langem Leiden im 78. Lebensjahre. Germain Sée, 1818 zu Ribeauvillé (Haut-Rhin) geboren, erhielt seine Schulbildung in Metz. Seine medicinischen Studien machte er in Paris, wo er 1846 promovirte. 1852 wurde er Hospitalarzt und 1866, als Nachfolger Trousseau's, Professor der Therapie an der medicinischen Facultät. 1869 erhielt er den Lehrstuhl der klinischen Medicin an der Charité als Nachfolger Monneret's. Zugleich wurde er zum Mitgliede der medicinischen Academie gewählt. 1876 trat er als klinischer Lehrer zum Hôtel-Dieu über. Sée war einer der ersten in Frankreich, welche die zuerst in Deutschland und vornehmlich in der Schönlein'schen Klinik geübten Methoden, Chemie und Mikroskopie mit für die Diagnose zu verwerthen suchten. Sein literarisches Schaffen ist sehr umfangreich. Man verdankt ihm eine ganze Reihe von Handbüchern, über Herzkrankheiten, Krankheiten der Lunge, Magenleiden, die krankhaften Veränderungen des Blutes und des Blutkreislaufes, über Stoffwechsel und Ernährung. Einzelne davon hat im letzten Jahrzehnt Max Salomon in Berlin in's Deutsche übertragen. Im Einzelnen nennen wir von seinen Arbeiten: Wirkung des Ergotin auf Herz und Circulation; Vorlesungen über allgemeine Pathologie; über Asthma; Diagnostik und Behandlung der Herzkrankheiten; Behandlung des Rheumatismus mit Natrium salicyl.; Herzhypertrophie im Wachsthumsalter; über infectiöse und parasitäre Pneumonien; über Convallaria majalis etc. Er war ferner Begründer der Wochenschrift: La Médecine moderne.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Joh. Barth. Limpert, appr. 1893, in Alfeld, Bez.-A. Sulzbach; Dr. Otto Greither, appr. 1892 in Donndorf, B.-A. Bayreuth.

Verzogen: Dr. Athrempl von Alfeld, wohin unbekannt.

Versetzt: im activen Heere: der Assistenzarzt 2. Classe Karl Steidl vom 2. Pionier-Bataillon zur Reserve des Sanitätscorps; im Beurlaubtenstande: der Second-Lieutenant Ralf Dürig von der Reserve des 2. Chevaulegers-Regiments Taxis als Assistenzarzt 1. Classe mit einem Patente vom 31. März 1895 zu den Sanitätsofficieren der Reserve (I. München).

Auszeichnung: Dem k. Centralimpfarzt Dr. Ludwig Stumpf in München der Titel und Rang eines k. Medicinalrathes verliehen; dem k. Hofrathe Dr. Alois Schoener, Bahn- und Stiftsarzt in München, der Verdienstorden vom hl. Michael IV. Classe.

Befördert: im activen Heere: zum Assistenzarzt 2. Classe der Unterarzt Dr. Bruno Krug des 12. Infanterie-Regiments in diesem Regiment; im Beurlaubtenstande: zu Assistenzärzten 2. Classe: in der Reserve die Unterärzte Dr. Wilhelm Kattwinkel (I. München); Gottfried Armbruster (Nürnberg); Ludwig Berton und Heinrich Weitkamp genannt Steinmann (I. München); Georg Kissner und Dr. Gustav Zimmermann (Würzburg); Dr. Friedrich Döhne (Nürnberg); Dr. Otto Geithner (Erlangen); Joseph Drissler (Ludwigshafen); Werner Wever (Würzburg) und Dr. Karl Bauer (Augsburg); in der Landwehr 1. Aufgebots der Unterarzt Wilhelm Axt (Würzburg).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 19. **Jahreswoche** vom 3. bis 9. Mai 1896.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 17 (13*), Diphtherie, Croup 39 (27), Erysipelas 17 (19), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (4), Kindbettfieber 1 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 21 (9), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 8 (6), Parotitis epidemica 14 (8), Pneumonia crouposa 22 (26), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 45 (47), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 32 (30), Tussis convulsiva 52 (56), Typhus abdominalis 1 (2), Varicellen 8 (13), Variola, Variolois — (—). Summa 280 (263). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 19. Jahreswoche vom 3. bis 9. Mai 1896.

Bevölkerungszahl: 406000.

Todesursachen: Masern 1 (3*), Scharlach — (2), Diphtherie und Croup 5 (1), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyämie) — (1), Brechdurchfall 2 (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (1), Croupöse Lungenentzündung — (4), Tuberculose a) der Lungen 32 (30), b) der übrigen Organe 14 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (4). Unglücksfälle 1 (4), Selbstmord — (2), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 198 (185), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,4 (23,7), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,7 (15,2), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 12,4 (14,1).

[1]) U.-V. = Abkürzung für Unteroffiziers-Vorschüler.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der E. Mühlthaler'schen k. Hof-Buchdruckerei in München.